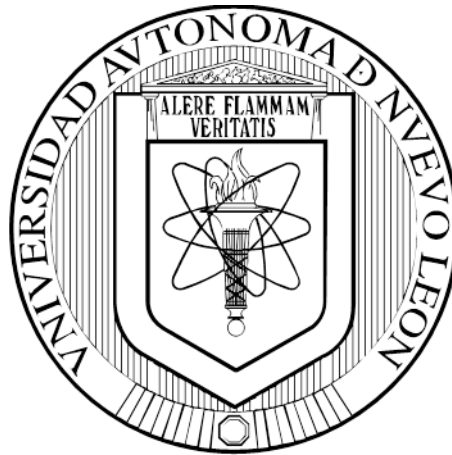


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA



MODELO DE RESILIENCIA PARA EL CUIDADO DEL
EMBARAZO EN ADOLESCENTES

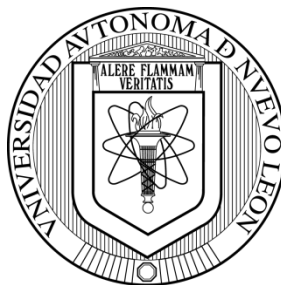
POR

MCE. ROSALVA DEL CARMEN BARBOSA MARTÍNEZ

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

OCTUBRE, 2016

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MODELO DE RESILIENCIA PARA EL CUIDADO DEL
EMBARAZO EN ADOLESCENTES

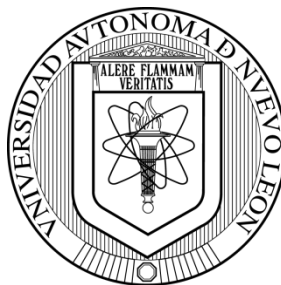
Por

MCE. ROSALVA DEL CARMEN BARBOSA MARTÍNEZ

Como requisito parcial para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

OCTUBRE, 2016

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MODELO DE RESILIENCIA PARA EL CUIDADO DEL
EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Por

MCE. ROSALVA DEL CARMEN BARBOSA MARTÍNEZ

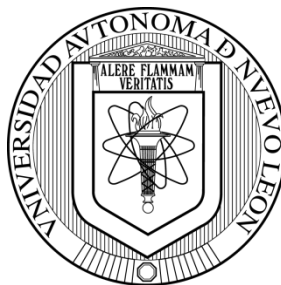
Director de Tesis

RAQUEL ALICIA BENAVIDES TORRES, PhD

Como requisito parcial para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

OCTUBRE, 2016

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MODELO DE RESILIENCIA PARA EL CUIDADO DEL
EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Por

MCE. ROSALVA DEL CARMEN BARBOSA MARTÍNEZ

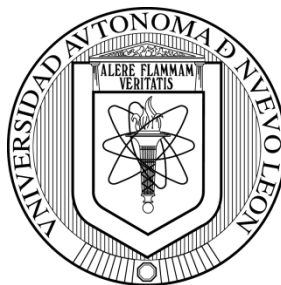
Co-Director de Tesis

JULIA GALLEGOS GUAJARDO, PhD

Como requisito parcial para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

OCTUBRE, 2016

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MODELO DE RESILIENCIA PARA EL CUIDADO DEL
EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Por

MCE. ROSALVA DEL CARMEN BARBOSA MARTÍNEZ

Asesor Estadístico

DR. MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA

Como requisito parcial para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

OCTUBRE, 2016

MODELO DE RESILIENCIA PARA EL CUIDADO DEL EMBARAZO EN
ADOLESCENTES

Aprobación de Tesis

Raquel Alicia Benavides Torres, PhD.

Director de Tesis y Presidente

Dra. María Aracely Márquez Vega

Secretario

Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez

Vocal

José Manuel Ramírez Aranda, Dr.med.

Vocal

Julia Gallegos Guajardo, PhD.

Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Subdirector de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

Agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por la beca otorgada para la realización del Doctorado en Ciencias de Enfermería. A la Universidad Autónoma de Nuevo León y especialmente a la ME. María Diana Ruvalcaba Rodríguez, Directora de la Facultad de Enfermería, por el apoyo y confianza que siempre me ha brindado para continuar creciendo profesionalmente.

También agradezco a la Dra. María Magdalena Alonso Castillo, Subdirectora de Posgrado e Investigación de la Facultad de Enfermería, por el apoyo brindado para lograr concluir mis estudios de Doctorado. Gracias a la MSP. Dora Elia Cortés Hernández, Directora del Centro de Investigación y Desarrollo en Ciencias de la Salud (CIDICS) por las facilidades brindadas para colaborar en el centro.

Muchas gracias a mi directora de tesis, la Dra. Raquel Alicia Benavides Torres, por compartir conmigo sus conocimientos y experiencia para lograr la realización de mi tesis, además de su apoyo y motivación para concluir el doctorado. Gracias a la Dra. Julia Gallegos Guajardo, por guiarme en el mundo de la resiliencia y apoyarme siempre. Al Dr. José Manuel Ramírez Aranda, muchas gracias por sus recomendaciones, apoyo y por creer en mí. A la Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez y Dra. María Aracely Márquez Vega, muchas gracias por sus aportaciones para el enriquecimiento de éste trabajo.

A todos los maestros de posgrado, en especial a la Dra. Velia Margarita Cárdenas Villarreal, Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis, Dra. Bertha Cecilia Salazar González, Dr. Francisco Facundo y Dra. Esther Gallegos Cabriales, agradezco su apoyo y contribución en mi formación profesional.

Quiero agradecer a todos los profesores de pregrado, especialmente a la ME. Santiago Esparza Rodríguez, ME. Blanca Alicia Galindo, ME. Julia Teresa López España, ME. Blanca Ortiz Atilano y ME. Teresita de Jesús Campa, por su confianza, apoyo y facilidades brindadas para lograr ésta meta profesional.

A los directivos del hospital Materno Infantil, por las facilidades brindadas para la recolección de datos. A todas las participantes del presente estudio, gracias por brindarme su confianza.

Al personal administrativo de la Facultad de Enfermería, por sus palabras de motivación y facilidades brindadas siempre.

También les agradezco a Astrid de Anda y Valeria Rodríguez, por apoyarme en la recolección de datos.

Agradezco a mis compañeros de doctorado: Paulina, Dalila, Linda, Luis y Arturo, quienes juntos superamos el estrés y crecimos profesionalmente. Siempre recordaré nuestras pláticas y comidas juntos, las desveladas y los trabajos en equipo; que al unir nuestras cualidades y conocimientos, logramos siempre buenos resultados. Éxito a todos.

Dedicatoria

Quiero agradecer a Dios por darme la vida y brindarme la oportunidad de concluir mis estudios de Doctorado. Que a pesar de las dificultades y sacrificios, siempre me ha ayudado a cumplir mis metas.

Mi grado de Doctora es dedicado especialmente a mi madre Carmelita, quien siempre me ha apoyado, motivado y acompañado en cada momento de mi vida, tanto personal como profesionalmente. Mamá, siempre serás un gran ejemplo a seguir de amor a Dios y entrega a los demás, de ti aprendí que ser enfermera es una gran responsabilidad y a la vez, una oportunidad de ayudar a nuestro prójimo.

A mis Padres Apolonio y Carmelita, infinitas gracias por todo su amor y por apoyarme incondicionalmente. Gracias por su gran ejemplo de superación, disciplina, responsabilidad y por enseñarnos que siempre debemos de luchar para cumplir nuestras metas. Agradezco a Dios siempre por los padres que me ha dado. Los quiero mucho.

A mis hijos, Alondra e Iker, gracias por ser el motor de mi vida y aunque también me equivoco, espero ser un buen ejemplo para ustedes. Sus sonrisas y abrazos siempre me motivan para seguir adelante. Los amo y Dios los bendiga siempre.

A mi esposo Joel, mil gracias por el amor que me demuestras día a día, por las palabras de aliento y ánimo para continuar cuando parecía no poder más. El concluir mis estudios de doctorado fue gracias al esfuerzo y apoyo familiar, en especial a ti. Te amo.

Muchas gracias a mi hermana Iris, por ayudarme siempre y estar al cuidado de mis hijos cuando necesitaba estudiar para el doctorado. Por apoyarme siempre para lograr mis metas. Eres mi mejor amiga, te quiero mucho.

A mi hermano Erick y su familia, gracias por apoyarme y motivarme siempre, Dios los bendiga.

Abuelitas Simonita y Esperanza, gracias por el gran ejemplo que nos dan de superación, responsabilidad y amor a la familia. Gracias por creer siempre en mí.

Tía Elvira Duque, muchas gracias por sus oraciones, consejos y apoyarme siempre. A todas mis tías y tíos, en especial a Tommy y Dimas, gracias por estar siempre al pendiente de mí y de mi familia.

A mis suegros, la Sra. Rocío Vázquez y el Sr. Filiberto Cortés, a todas mis cuñadas, cuñados y sobrinos, muchas gracias por apoyarme y motivarme para lograr concluir mis estudios de doctorado.

A mi amiga Karen Rodríguez, gracias por tus consejos y apoyo incondicional, tanto personal como profesionalmente. Tu amistad es invaluable para mí.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco de referencia	8
Modelo de resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes	33
Estudios relacionados	37
Síntesis de estudios relacionados	49
Objetivos	52
Definición de términos	54
Capítulo II	
Metodología	58
Diseño del estudio	58
Población, muestra y muestreo	58
Criterios de inclusión	59
Instrumentos	59
Procedimiento de recolección de la información	70
Consideraciones éticas	74
Plan de análisis de datos	76
Capítulo III	
Resultados	78
Características sociodemográficas de las participantes	78
Características psicométricas de los instrumentos	81
Estadística descriptiva de las variables	94
Estadística inferencial para la comprobación de objetivos	100

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo IV	
Discusión	154
Limitaciones	169
Conclusiones	170
Recomendaciones	173
Referencias	175
Apéndices	185
A. Verificación de criterios de inclusión	186
B. Preguntas filtro	187
C. Cédula de Datos	188
D. Cambridge Worry Scale: Versión en Español	189
E. Cuestionario de Evaluación Prenatal	190
F. Inventario de Síntomas Físicos	192
G. Inventario de Afrontamiento Prenatal	193
H. APGAR Familiar	194
I. Inventario de Apoyo Social para Embarazadas	195
J. Escala de Autoestima de Rosenberg	196
K. Escala de Resiliencia de Adolescentes en el Cuidado de su Embarazo	197
L. Consentimiento informado del padre/tutor de la adolescente	198
M. Asentimiento informado de la adolescente	201

Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Características sociodemográficas	78
2. Características de sexualidad y embarazo	80
3. Instrumentos utilizados para la medición de variables	81
4. Análisis de factores del Cuestionario Cambridge Worry Scale	83
5. Análisis de factores del Cuestionario de Evaluación Prenatal	84
6. Análisis de factores del Inventario de Afrontamiento Prenatal	87
7. Análisis de factores del Inventario de Apoyo Social para Embarazadas	90
8. Análisis de factores de la Escala de Resiliencia de Adolescentes en el Cuidado de su Embarazo	91
9. Consistencia interna de los instrumentos y subescalas	93
10. Estadística descriptiva de los factores de riesgo relacionados con el embarazo en la adolescencia	95
11. Motivos de la incertidumbre del embarazo	95
12. Estadística descriptiva de los factores de protección familiar durante el embarazo	97
13. Estadística descriptiva de los factores de protección social durante el embarazo	97
14. Estadística descriptiva de los factores de protección individual durante el embarazo	98
15. Tipo de resiliencia según la edad de las participantes	99
16. Relación entre los factores de riesgo relacionados con el embarazo en la adolescencia y la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes	100
17. Modelo con bootstrap de la influencia de los factores de riesgo, en la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes	101

Lista de Tablas

Tabla	Página
18. Relación entre los factores relacionados con el embarazo en la adolescencia y el afrontamiento defensivo durante el embarazo	102
19. Modelo con bootstrap de la influencia de los factores de riesgo relacionados con el embarazo en la adolescencia, en el afrontamiento defensivo durante el embarazo	102
20. Modelo con bootstrap de la influencia del afrontamiento defensivo durante el embarazo, en la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes	103
21. Modelo con bootstrap de la influencia de los factores de riesgo y el afrontamiento, en la resiliencia para el cuidado del embarazo	105
22. Relación entre los factores de protección familiar durante el embarazo y la resiliencia para el cuidado del embarazo	107
23. Modelo con bootstrap de la influencia de los factores de protección familiar durante el embarazo, en la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes	108
24. Relación entre los factores de protección familiar durante el embarazo y el afrontamiento defensivo durante el embarazo	109
25. Modelo con bootstrap de la influencia de los factores de protección familiar durante el embarazo, en el afrontamiento defensivo durante el embarazo	110
26. Relación entre los factores de protección familiar durante el embarazo, el afrontamiento defensivo y la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes	111

Lista de Tablas

Tabla	Página
27. Modelo con bootstrap de la influencia de los factores de protección familiar y el afrontamiento defensivo, en la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes	111
28. Relación entre los factores de protección social durante el embarazo y la resiliencia para el cuidado del embarazo	114
29. Modelo con bootstrap de la influencia de los factores de protección social durante el embarazo, en la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes	114
30. Relación entre los factores de protección social y el afrontamiento defensivo durante el embarazo	115
31. Modelo con bootstrap de la influencia de los factores de protección social en el afrontamiento defensivo durante el embarazo	116
32. Relación entre los factores de protección social, el afrontamiento defensivo durante el embarazo y la resiliencia para el cuidado del embarazo	117
33. Modelo con bootstrap de la influencia de los factores de protección social y el afrontamiento defensivo, en la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes	117
34. Relación entre los factores de protección individual durante el embarazo y la resiliencia para el cuidado del embarazo	120
35. Modelo con bootstrap de la influencia de los factores de protección individual durante el embarazo, en la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes	121
36. Relación entre los factores de protección familiar e individual durante el embarazo	122

Lista de Tablas

Tabla	Página
37. Modelo con bootstrap de la influencia de la relación con la madre, en los factores de protección individual durante el embarazo	122
38. Modelo con bootstrap de la influencia del apoyo familiar en los factores de protección individual durante el embarazo	124
39. Relación entre los factores de protección familiar e individual durante el embarazo y la resiliencia para el cuidado del embarazo	125
40. Modelos de la influencia de los factores de protección familiar e individual, en la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes	126
41. Efecto mediador de los factores de protección individual, en la relación de los factores de protección familiar y la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes	128
42. Relación entre los factores de protección social y factores de protección individual	130
43. Modelos con bootstrap de la influencia del apoyo social en los factores de protección individual durante el embarazo	131
44. Modelos con bootstrap de la influencia del apoyo de la pareja en los factores de protección individual durante el embarazo	132
45. Modelos de la influencia de los factores de protección social e individual, en la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes	134
46. Efecto mediador de los factores de protección individual, en la relación de los factores de protección social y la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes	135
47. Relación de los factores de protección durante el embarazo y la resiliencia para el cuidado del embarazo	137

Lista de Tablas

Tabla	Página
48. Modelo con bootstrap de la influencia de los factores de protección durante el embarazo, en la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes	138
49. Relaciones entre las variables del modelo de resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes	140
50. Modelo inicial con bootstrap de la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes	141
51. Variación de modelos de resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes	144
52. Modelo final con bootstrap de la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes	145
53. Relación de variables del modelo inicial para adolescentes con moderado o alto nivel de resiliencia para el cuidado de su embarazo	146
54. Modelo inicial con bootstrap para adolescentes con moderado o alto nivel de resiliencia para el cuidado de su embarazo	148
55. Variación de modelos para adolescentes con moderado o alto nivel de resiliencia para el cuidado de su embarazo	150
56. Modelo final con bootstrap para adolescentes con moderado o alto nivel de resiliencia para el cuidado de su embarazo	151

Lista de Figuras

Figura	Página
1. Estructura conceptual-teórica-empírica de los factores de protección de riesgo relacionados con el embarazo en la adolescencia	14
2. Estructura conceptual-teórica-empírica del afrontamiento defensivo durante el embarazo	16
3. Estructura conceptual-teórica-empírica de los factores de protección familiar	19
4. Estructura conceptual-teórica-empírica de los factores de protección social	23
5. Estructura conceptual-teórica-empírica de los factores de protección individual	28
6. Estructura conceptual-teórica-empírica del factor resultado	30
7. Estructura conceptual-teórica-empírica del modelo de resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes	32
8. Propuesta del modelo de resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes (MORCEA)	36
9. Diagrama de flujo del procedimiento de recolección de la información	72
10. Representación de la influencia de los factores de riesgo relacionados con el embarazo en la adolescencia, en la resiliencia para el cuidado del embarazo	101
11. Representación de la influencia de los factores de riesgo relacionados con el embarazo en la adolescencia, en el afrontamiento defensivo durante el embarazo	103
12. Representación de la influencia del afrontamiento defensivo durante el embarazo, en la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes	104

Lista de Figuras

Figura	Página
13. Representación de la influencia de los factores de riesgo relacionados con el embarazo, el afrontamiento defensivo y la resiliencia para el cuidado del embarazo	105
14. Efecto de mediación del afrontamiento defensivo durante el embarazo, en la relación entre los factores de riesgo y la resiliencia para el cuidado del embarazo	107
15. Relación de los factores de protección familiar durante el embarazo y la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes	108
16. Relación de los factores de protección familiar durante el embarazo y el afrontamiento defensivo durante el embarazo	110
17. Relación de los factores de protección familiar, el afrontamiento defensivo durante el embarazo y la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes	112
18. Efecto de mediación del afrontamiento defensivo durante el embarazo, en la relación entre los factores de protección familiar y la resiliencia para el cuidado del embarazo	113
19. Relación de los factores de protección social durante el embarazo y la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes	115
20. Relación de los factores de protección social y el afrontamiento defensivo durante el embarazo	116
21. Relación de los factores de protección social, el afrontamiento defensivo durante el embarazo y la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes	118

Lista de Figuras

Figura	Página
22. Representación de la influencia de los factores de riesgo relacionados con el embarazo, el afrontamiento defensivo y la resiliencia para el cuidado del embarazo	119
23. Relación entre los factores de protección individual y la resiliencia para el cuidado del embarazo	121
24. Efecto de la relación con la madre en los factores de protección individual durante el embarazo	123
25. Relación del apoyo familiar y los factores de protección individual durante el embarazo	124
26. Influencia de los factores de protección familiar e individual, en la resiliencia para el cuidado del embarazo	127
27. Efecto de mediación de los factores de protección individual, en la relación de los factores de protección familiar y la resiliencia para el cuidado del embarazo	129
28. Relación del apoyo social y los factores de protección individual durante el embarazo	131
29. Relación del apoyo de la pareja y los factores de protección individual	132
30. Influencia de los factores de protección social e individual, en la resiliencia para el cuidado del embarazo	134
31. Efecto de mediación de los factores de protección individual, en la relación de los factores de protección social y la resiliencia para el cuidado del embarazo	136
32. Relación de los factores de protección durante el embarazo y la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes	139

Lista de Figuras

Figura	Página
33. Representación del modelo inicial de la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes	143
34. Representación del modelo final de la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes	145
35. Representación del modelo inicial para adolescentes con moderado o alto nivel de resiliencia para el cuidado de su embarazo	149
36. Representación del modelo final de la resiliencia con moderado o alto nivel de resiliencia para el cuidado de su embarazo	152
37. Modelo de resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes (MORCEA)	153

Resumen

Rosalva del Carmen Barbosa Martínez
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Octubre, 2016

Título del Estudio: MODELO DE RESILIENCIA PARA EL CUIDADO DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Número de páginas: 203

Candidata a obtener el Grado de
Doctor en Ciencias de Enfermería

LGAC: Sexualidad responsable y prevención de ITS-VIH/SIDA

Objetivo general y Método de Estudio: Determinar la capacidad explicativa del modelo de resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes. Basado en la teoría de resiliencia de adolescentes (Haase, 2004) se realizó el presente estudio, el cual fue de tipo correlacional de comprobación de modelo. Se consideraron en el modelo, los conceptos: factores de riesgo relacionados con el embarazo en la adolescencia (incertidumbre del embarazo, incertidumbre del bienestar propio y del bebé y estrés de los síntomas relacionados con el embarazo), afrontamiento defensivo durante el embarazo, factores de protección familiar (relación con la madre y apoyo familiar), factores de protección social durante el embarazo (apoyo social y de la pareja), los factores de protección individual durante el embarazo (preparación en el embarazo, orar durante el embarazo, interpretación del embarazo, aceptación del embarazo y autoestima) la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes. La muestra se conformó por 439 adolescentes primigestas que acudieron a consulta prenatal en una institución de tercer nivel de atención, acompañadas de al menos uno de sus padres o tutores y que su madre estuviera viva. La muestra fue determinada a través de una prueba de regresión lineal múltiple con un intervalo del 95% de confianza, con una potencia de prueba del 90% para un coeficiente de determinación mediano de .05, con 13 variables independientes. Para recolectar la información, se utilizaron los siguientes instrumentos de manera auto administrada: cédula de datos, Cambridge Worry Scale: versión en español, Cuestionario de Evaluación Prenatal, Inventario de Síntomas Físicos, Apgar Familiar, Inventario de Apoyo Social para Embarazadas, Escala de Autoestima de Rosenberg y la Escala de Resiliencia de Adolescentes en el Cuidado de su Embarazo. Todos los instrumentos utilizados mostraron confiabilidad aceptable. El análisis de datos se realizó a través de estadística descriptiva, se midió el coeficiente de Alpha de Cronbach, se realizó el análisis factorial confirmatorio en los instrumentos y se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Para dar respuesta a los objetivos específicos se realizaron pruebas de correlación de Spearman y se realizaron modelos de regresión lineal uni y multivariados, además de medir el efecto de mediación de algunas variables. Para dar respuesta al objetivo general, se realizaron diversos modelos generados bajo la técnica intro y backward para obtener el modelo con mayor ajuste y varianza explicada.

Contribución y Conclusiones: Se encontró una media de edad de las participantes de 16.05 años (rango de 11 a 17, $DE=1.03$ años), 19.40% de las adolescentes embarazadas no tienen pareja; 56.50% es ama de casa y el 22.10% no trabaja ni estudia, el 36.50% indicó que tiene secundaria terminada y el 60.60% tiene sus estudios incompletos. La media de edad de inicio de vida sexual activa fue de 14.86 años (rango de 10 a 17), destacando que el 60% tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años y 28.60% tuvieron más de dos compañeros sexuales. La mayoría de las participantes se encontraba durante el tercer trimestre de gestación (59.90%, $\bar{X}=28.89$ semanas, $DE=8.59$) y el 56.70% refirió no haber planeado su embarazo. El 53.10% de las adolescentes presentaron algún tipo de complicación durante su embarazo; siendo las más frecuentes las infecciones de orina, depresión y ansiedad. En relación a los factores de riesgo, se encontró que las adolescentes en general tiene poca incertidumbre en su embarazo ($\bar{X}=2.01$, $DE=1.07$), siendo las principales causas: la posibilidad de algún problema con su bebé, el nacimiento y la posibilidad de perder el bebé. Algunas veces tienen incertidumbre por el propio bienestar y el de su bebé ($\bar{X}=17.80$, $DE=6.88$). No les estresa tener los síntomas relacionados con el embarazo ($\bar{X}=26.14$, $DE=20.03$). El afrontamiento defensivo durante el embarazo reportó una media de 1.23 ($DE=.61$), indicando que las participantes algunas veces utilizan el tipo de afrontamiento de evitación durante embarazo. En cuanto a los factores de protección familiar durante el embarazo, se encontró que la relación con la madre reportó una media de 30.21 ($DE=4.60$), éste valor indica que la madre de la adolescente frecuentemente está disponible para apoyarla durante el embarazo. Respecto al apoyo familiar, se obtuvo una media de 16.75 ($DE=.4.20$) indicando que las participantes tienen leve funcionalidad familiar. En relación a los factores de protección social durante el embarazo, el apoyo social reporta una media de 3.23 ($DE=.55$), lo cual significa que las adolescentes se encuentran insatisfechas con el apoyo social recibido durante su embarazo. Se obtuvo una media de 24.76 ($DE=7.96$) en la relación con la pareja, indicando que las adolescentes perciben que su pareja las apoya algunas veces durante su embarazo. Respecto a los factores de protección individual en el embarazo, los resultados indican que con frecuencia las adolescentes tienen una preparación durante su embarazo ($\bar{X}=2.27$, $DE=.61$), algunas veces rezan por su bebé ($\bar{X}=1.91$, $DE=1.50$), frecuentemente tienen una interpretación positiva de su embarazo ($\bar{X}=2.16$, $DE=.71$), frecuentemente aceptan su embarazo ($\bar{X}=14.47$, $DE=2.83$) y tienen una autoestima elevada durante su embarazo ($\bar{X}=31.79$, $DE=4.85$). La resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes mostró una media de 110.98 ($DE=15.61$), lo cual indica que tienen una alta capacidad de resiliencia en todos los grupos de edad. El modelo final de resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes, se integra por siete variables independientes: estrés de los síntomas relacionados con el embarazo, apoyo familiar, apoyo social, preparación en el embarazo, orar durante el embarazo, interpretación del embarazo y aceptación del embarazo; la variable dependiente fue la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes; este modelo fue significativo ($F_{[6,431]}=38.19$, $p<.001$) y tiene una capacidad explicativa del 33.80%. Adicionalmente, se presenta un modelo final de resiliencia para adolescentes con moderado o alto nivel de resiliencia para el cuidado de su embarazo, en donde se observa que a menor estrés de los síntomas relacionados con el embarazo mayor afrontamiento defensivo durante el embarazo, el cuál actúa como mediador ante la resiliencia para el cuidado del embarazo

en adolescentes. A mayor afrontamiento defensivo mayor resiliencia para el cuidado del embarazo. A mayor apoyo social mayor resiliencia para el cuidado del embarazo, actuando como mediador en dicha relación la preparación en el embarazo, la interpretación y aceptación del embarazo. El modelo fue significativo ($F_{[9,423]}=29.50, p<.001$) y tiene una capacidad explicativa del 37.30%.

Firma del Director de Tesis _____

Capítulo I

Introducción

El embarazo en las adolescentes es un problema de salud pública nacional e internacional cuyas cifras han ido en aumento durante los últimos años (Molina-Cortes & González-Anaya, 2012). La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) estima que anualmente, 16 millones de adolescentes entre los 15 y 19 años de edad tiene un hijo, de los cuales el 95% de los nacimientos se reportan en países en desarrollo; lo que representa el 11% de todos los nacimientos en el mundo. En México, reporta que entre las adolescentes de 15 a 19 años, el número de nacimientos por cada mil es de 77 y va en aumento con el paso del tiempo; respecto a la fecundidad acumulada se reporta que una de cada ocho adolescentes ha tenido al menos un hijo nacido vivo (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2015).

La prevención del embarazo en la adolescencia es importante, considerando que los hijos(as) de madres adolescentes tienen mayor riesgo de experimentar eventos negativos en su vida. Bonilla-Sepúlveda (2010) reporta que el 59% de los embarazos en la adolescencia no son planeados. Por lo cual, existen mayores posibilidades de maltrato en la pareja y a los hijos, descuidos en la atención del hijo, difícil situación económica, soledad, abandono escolar, contraer matrimonio no deseado y proyecto de vida modificado o destruido (OMS, 2009). En la sociedad actual, se observa que cuando las adolescentes se embarazan antes de terminar sus estudios y desconocen los riesgos de salud; presentan falta de estabilidad familiar, emocional, económica y psicológica.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2010) reporta que el embarazo precoz tiene riesgos para la salud de la madre y del niño, además de repercusiones en la educación y las perspectivas futuras de las adolescentes. Por su parte, la OMS (2014) reporta que las complicaciones durante el embarazo y parto son la segunda causa de muerte entre las adolescentes de 15 a 19 años en todo el mundo.

Las principales complicaciones durante el embarazo en la adolescencia son la preeclampsia, insuficiencia del mecanismo inmunológico adaptativo, prematuridad, retardo del crecimiento intrauterino, desprendimiento prematuro de la placenta, anemia, infecciones urinarias, hemorragias, estrechez pélvica y/o desproporción cefalopélvica (Salazar, Álvarez, Maestre, León & Pérez, 2006). Las adolescentes menores de 16 años corren un riesgo de defunción materna cuatro veces más alto que las mujeres mayores de 20 años y la tasa de mortalidad de sus neonatos es por arriba del 50%. Los hijos de madres adolescentes, generalmente nacen con bajo peso, anemia, infecciones o malformaciones congénitas (OMS, 2009).

Por tal motivo, a nivel mundial se creó el programa de control prenatal, con el objetivo de dar una atención de calidad a la mujer embarazada. El control prenatal está dirigido a la detección y control de factores de riesgo obstétrico, a la prevención, detección y tratamiento de la anemia, preeclampsia, infecciones cervicovaginales y urinarias, complicaciones hemorrágicas, retraso del crecimiento intrauterino y otras patologías intercurrentes (Secretaría de Salud [SSA], 1995). La OMS (2009) establece que el control prenatal oportuno es aquel que se inicia antes de las 12 semanas de gestación, ya que antes de ese tiempo el feto aún no está completamente desarrollado y se pueden prevenir complicaciones para la madre y el hijo. Actualmente, el programa de control prenatal se implementa en prácticamente todas las instituciones de salud y no representa un gasto económico para la mujer embarazada. Sin embargo, es común que la adolescente no acuda de manera oportuna y completa a la consulta de control prenatal.

Villacis, Becerra y Negrete (2012) reportan porcentajes de inicio de control prenatal en las adolescentes muy bajos (6.56%) durante el primer trimestre de gestación, ya que la mayoría inicia este control hasta el tercer trimestre (39.34%). Lo anterior, refleja que una proporción muy alta de adolescentes embarazadas no acude de manera oportuna a su control, motivo por el cual, las complicaciones del embarazo tanto para la mujer como para el niño, no pueden ser detectadas y tratadas a tiempo.

El programa de control prenatal es indispensable para un buen desarrollo del embarazo en la mujer independientemente de su edad. Sin embargo, cuando el embarazo sucede en la adolescencia, se debe considerar que la adolescente por encontrarse en una etapa de mayor vulnerabilidad, tiene factores de riesgo que pueden potencializar las complicaciones del embarazo y que pueden afectar el desarrollo del hijo y/o favorecer la falta de búsqueda de atención adecuada y oportuna. Villacis, Becerra y Negrete (2012), establecen que las adolescentes gestantes constituyen un grupo poblacional vulnerable con mayor prevalencia de deficiente apoyo social y/o familiar, bajo nivel socioeconómico, bajo nivel educativo, tensión emocional, tristeza y desesperanza; que contribuyen a la alta inasistencia a sus citas de control o inconsistencia del uso de los servicios de salud lo que conlleva a un cuidado deficiente de la gestación.

El cuidado del embarazo que debe realizar una adolescente incluye la asistencia al control prenatal antes de las 12 semanas de gestación, con un mínimo de cinco consultas médicas durante todo el embarazo; ingerir una alimentación balanceada y realizar ejercicio moderado (SSA, 1995). Los cuidados del embarazo incluyen cumplir con las recomendaciones dadas por el personal de salud (Cáceres-Manrique, 2009).

El cuidado que debe tener la adolescente durante su embarazo se ve influenciado por diversos factores, dando un resultado positivo o negativo, tanto para la madre como para el hijo en gestación. Es decir, la adolescente tiene factores protectores y factores de riesgo que afectan de manera positiva o negativa sus decisiones y maneras de actuar ante un embarazo. Gómez (2013), refiere que los factores protectores facilitan el logro o el mantenimiento de la salud. Haase (2004), refiere que cuando se reducen los factores de riesgo y se fortalecen los factores protectores, se logra una conducta resiliente. En el caso de la adolescente embarazada, una conducta resiliente sería realizar el cuidado adecuado de su embarazo.

La resiliencia se define como el proceso de identificación y desarrollo de recursos y fortalezas para gestionar los factores de estrés de forma flexible y obtener un

resultado positivo, es decir, un sentido de confianza o de dominio, autotranscendencia y la autoestima (Haase, Heiney, Ruccione & Stutzer, 1999). En el mismo orden de ideas, Grotberg (2006) considera que la resiliencia requiere de la interacción de factores resilientes provenientes de tres niveles diferentes: soporte social (yo tengo), habilidades (yo puedo) y fortaleza interna (yo soy y yo estoy). Aunque incorpora tres factores, considera esencial la dinámica entre estos factores (Luthar, & Cicchetti, 2000). Los individuos tienen rasgos de personalidad, factores protectores y experiencia en su vida que precipitan a la resiliencia, la cual, es tanto un proceso como un resultado (Garcia-Dia, DiNapoli, Garcia-Ona, Jakubowski & O'Flaherty, 2013).

Las consecuencias que tiene un embarazo son producto de los factores de riesgo que tiene la adolescente en esta etapa de su vida. Los factores de riesgo por sí solos pueden representar graves complicaciones en el embarazo, este riesgo aumenta cuando existe interacción entre estos factores. Al respecto, Cruz-López, Romero-Talavera y Pastrana-Herrera (2004) refieren que algunas de las consecuencias que tiene un embarazo en la adolescencia son generadas por la actitud de rechazo o el ocultamiento por temor a la reacción de familia y amigos, lo cual conduce a la detección de complicaciones y control prenatal tardío o insuficiente; y esto a la vez, conlleva consecuencias negativas antes y después del nacimiento del bebé.

En la actualidad, el sistema escolar y la convivencia social de los adolescentes están inmersos en el uso de internet y el acceso a la información, por lo tanto, este grupo de población tiene mayor dominio en la búsqueda de información y los costos son accesibles para todos los estratos sociales. Cuando una adolescente busca información sobre el cuidado de su embarazo, esta información es accesible y está debidamente especificada por instituciones rectoras, como la OMS y la SSA. Por lo tanto, se deduce que las adolescentes tienen acceso a la información sobre la importancia de cuidar el embarazo y de las posibles consecuencias para su hijo y para sí mismas, en caso de no realizar el cuidado de manera adecuada.

Una posible explicación de la falta de información de la adolescente embarazada, es que cuando ella no planea o acepta su embarazo, generalmente no busca la información para cuidar de sí misma y de su hijo; o no le toma la importancia requerida. Al respecto, Floréz (2005) reportó que la cognición de algunas adolescentes gestantes frente al embarazo muestra un alto nivel de fantasía y poco sentido de responsabilidad; además, resalta la importancia del apoyo que necesitan las adolescentes embarazadas para afrontar y solucionar las situaciones difíciles que estaban viviendo consigo mismas, con sus familias, compañeros y con su entorno social.

Debido a las características en esta etapa de desarrollo, es común que las adolescentes se perciban a sí mismas como invulnerables. El sentido de invulnerabilidad les otorga una autopercepción de omnipotencia sobre las consecuencias de sus actos (Póo, Baeza, Capel, Llano, Tuma & Zúñiga, 2005). Se deduce que aunque se pudiera tener toda la información para cuidar su embarazo, es necesario que la persona se sienta vulnerable y/o sienta una amenaza real hacia su salud, para que pueda realizar las actividades correspondientes. Durante el embarazo, la adolescente requiere realizar actividades preventivas para el desarrollo de enfermedades y complicaciones durante el embarazo, parto y posparto; que representan una amenaza real para su salud y la de su hijo. Por lo tanto, el hecho de que la adolescente espere a sentirse vulnerable o amenazada no es una opción razonable, ya que debe realizar cuidados especiales durante su embarazo.

Al hablar de los factores de riesgo existentes en los adolescentes, es necesario reconocer la existencia de factores de protección que inevitablemente deben influir en la adolescente para realizar los cuidados necesarios de su embarazo. Al respecto Prías-Vanegas y Miranda-Mellado (2009), reportan que el embarazo genera en la adolescente sentimientos de displacer relacionados con miedo, tristeza, dolor, sufrimiento, culpa, vergüenza y decepción, además de ideas de negación, evasión, duda, arrepentimiento y deseos de abortar, los cuales no aparecen cuando la adolescente cuenta con el apoyo de

su pareja y sus padres. Se deduce que el apoyo de la pareja y de los padres es fundamental para hacer frente al embarazo y realizar los cuidados correspondientes. De acuerdo a lo anterior, se puede mencionar que se han identificado los factores que influyen en la adolescente para realizar el cuidado de su embarazo, pero en la literatura no se especifican con exactitud los factores protectores que pueden favorecer el cuidado adecuado y que permiten el desarrollo de la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes.

Actualmente existen algunos modelos basados en resiliencia que muestran la interacción y/o influencia de diversos factores de riesgo y de protección para obtener una conducta resiliente. Por ejemplo, el Modelo Casita (Vanistendael & Lecomte, 2000) establece que aceptación fundamental de la persona, red social, sentido, el significado y la coherencia en la vida, la autoestima, habilidades de adaptación y la capacidad de evolucionar, gestionar emociones, afrontamiento (*coping*), humor y otras experiencias de la vida, son elementos que una persona necesita para resistir y vencer las dificultades. El modelo explicativo de resiliencia en jóvenes y adolescentes (Omar et al., 2011) incluye los conceptos de afrontamiento, sentido del humor, emociones positivas, bienestar, e inteligencia emocional; y establece que la resiliencia es influenciada por factores protectores, tanto personales como ambientales. El Modelo de Resiliencia en Adolescentes (Haase, 2004) propone que la reducción de los factores de riesgo permite el fortalecimiento de los factores protectores para lograr una conducta resiliente. Los conceptos que se explican en el modelo son factores de protección, de riesgo y resultado. Establece que un adolescente posee factores de protección que lo ayudan a desarrollar capacidades resilientes que le favorecen para tener conductas saludables.

En base a estos modelos, se establece que la resiliencia puede ser promotora de una conducta de salud, sin embargo, al considerar la relación entre diversos factores de riesgo y de protección que pueden determinar la conducta de la adolescente para cuidar su embarazo; y considerando que los modelos antes señalados son de tipo general y no

específicos; se plantea la necesidad de desarrollar un modelo explicativo que permita establecer la interacción de los factores de riesgo y los de protección, que influyen en el desarrollo de la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes.

El presente modelo, siendo una teoría de situación específica, ofrecerá una explicación de los elementos que interactúan en el desarrollo de resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes, además de proporcionar indicadores empíricos específicos basados en resiliencia; tal como lo refiere Fawcett (2005) al establecer que las teorías de rango medio están hechas de un número limitado de conceptos y proposiciones; y las teorías de situación específica deben estar escritas en un nivel concreto y mucho más específico. Por lo tanto, siendo un modelo de situación específica, indicará la forma de medir de manera empírica las variables que intervienen para el desarrollo de una conducta resiliente, en este caso, el cuidado del embarazo durante la adolescencia. En el mismo orden de ideas, Muñoz y De Pedro (2005) refieren que es importante trabajar por la promoción de los factores resilientes específicos, pero es importante avanzar en la investigación y elaboración de teorías que expliquen cómo estos factores específicos interactúan entre sí en la ecología del individuo permitiendo el proceso de adaptación resiliente.

Se considera que la resiliencia representa una nueva perspectiva para abordar temáticas que ya se han estudiado; sin embargo, continúan presentándose en la población, tal es el caso de las adolescentes que no siempre realizan el cuidado de su embarazo de manera adecuada y oportuna. Piaggio (2009), refiere que la promoción de resiliencia en adolescentes ha aumentado en los últimos años enfocándose principalmente en el embarazo en adolescentes y la drogadicción.

Para la práctica profesional de enfermería, el presente modelo permitirá la identificación de los factores protectores que deben ser fortalecidos y fomentados en la adolescente para realizar el cuidado de su embarazo. A nivel teórico, este modelo dará pauta para el desarrollo de intervenciones efectivas al respecto, al mostrar los factores

protectores y de riesgo que interactúan en el desarrollo de la conducta resiliente específicamente en la adolescente embarazada. Por consiguiente, el objetivo general de este estudio será evaluar el modelo propuesto de resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes.

Marco de referencia

El Modelo de Resiliencia en Adolescentes (Haase, 2004) sirve como base para el presente estudio. Este modelo propone una representación integral del proceso y resultado de resiliencia durante la etapa de desarrollo de la adolescencia.

El Modelo de Resiliencia en Adolescentes (ARM por sus siglas en inglés) se basa en dos perspectivas filosóficas centradas en el desarrollo del curso de la vida y en los modelos basados en el significado. Fue desarrollado a través de investigaciones con enfoque cuantitativo, cualitativo y métodos mixtos. Se enfoca a la reducción de los factores de riesgo y el fortalecimiento de los factores protectores para lograr una conducta resiliente.

El ARM parte de la siguiente perspectiva:

- a) El cambio de una persona puede ser observado a través de las etapas de desarrollo desde la primera infancia hasta la edad adulta, este cambio se acentúa durante la adolescencia.
- b) La adolescencia, vista como una etapa de desarrollo, abarca los cambios físicos de la pubertad y su experiencia previa durante la misma.
- c) La persona posee recursos y fortalezas para manejar con flexibilidad los factores de estrés para obtener resultados positivos.
- d) Los adolescentes tienen respuestas específicas a la salud y la enfermedad.
- e) La familia y sociedad son elementos importantes en la protección del adolescente.

El ARM (Haase, 2004) es complejo, pero básicamente gira en torno a conceptos que se clasifican ya sea como protección, riesgo, o factores de resultado; los cuales se describen a continuación:

Los factores de riesgo tienen influencias negativas en la resiliencia y se dividen en riesgo relacionado con la enfermedad y riesgo individual. Los factores de riesgo relacionados con la enfermedad incluyen la incertidumbre y el estrés de los síntomas relacionados con la enfermedad. El factor de riesgo individual incluye el afrontamiento defensivo, el cual comprende las estrategias evasivas, fatalistas y emotivas utilizadas por el individuo cuando responde a los acontecimientos estresantes.

Los factores de protección, incluyen la protección familiar, social e individual. La protección familiar incluye la atmósfera familiar y el apoyo de recursos familiares. Estos son componentes que se encuentran dentro y fuera de la familia; se considera que la familia es una fuente importante de protección para el adolescente contra los problemas psicosociales. La protección social incluye la integración social y salud, además de los recursos de atención. Estos se refieren a la medida en que los individuos perciben que sus necesidades de apoyo, información y la retroalimentación se cumplen por parte de los amigos y proveedores de atención. La protección individual incluye el afrontamiento positivo y el significado. Son estrategias personales que proporcionan mayor capacidad de recuperación y permiten modificar los resultados adversos.

El factor resultado es la resiliencia, la cual es un proceso de identificación y desarrollo de recursos para manejar los factores de riesgo, a fin de obtener resultados positivos (Haase, 2004). Un adolescente posee factores de protección que lo ayudan a desarrollar capacidades resilientes que le favorecen para tener conductas saludables.

De acuerdo a Im y Meleis (1999) el proceso de desarrollo de teoría de situación específica se propone en base a una teoría de rango medio. Por lo cual se utilizó el método de derivación teórica de Fawcett (1999) a partir de los conceptos del ARM, describiendo cada uno de los pasos a continuación:

1. Identificación de conceptos. Se identificaron los conceptos de factores de riesgo, factores de protección y el factor resultado, propuestos en el modelo, así como también, cada uno de sus componentes.

2. Clasificación de conceptos de teoría de rango medio. Se utilizó la clasificación por variabilidad; ya que los factores de riesgo, los factores de protección y el factor resultado se consideran como conceptos variables, esto se debe a que la imagen mental de cada concepto evoca a diversas formas o fluctuaciones en el fenómeno estudiado.
3. Identificación y clasificación de proposiciones. Se propone la estructura conceptual-teórico-empírica de las variables y las proposiciones existentes, especificando el tipo de relación existente entre ellas.
4. Ordenamiento jerárquico de proposiciones. El cual se realizó a través del razonamiento deductivo, en donde se consideró que los factores de protección contrarrestan los factores de riesgo para generar una conducta resiliente.
5. Construcción de diagrama: se estableció la estructura de la relación entre conceptos y proposiciones.

A continuación se presenta la derivación de conceptos, se muestra el diagrama de la derivación teórica realizada y posteriormente se propone el Modelo de resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes (MORCEA).

Riesgos relacionados con la enfermedad.

La OMS (2009) establece que un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Haase (2004), refiere que los factores de riesgo relacionados con la enfermedad tienen influencias negativas en la resiliencia e incluyen la incertidumbre en la enfermedad y el estrés de los síntomas relacionados con la enfermedad. En el presente modelo, se propone que los factores de riesgo son relacionados con el embarazo en la adolescencia y se definen como la falta de madurez física, psicológica y emocional que tiene la adolescente y que la expone a mayores complicaciones en el embarazo. Incluyen la incertidumbre del embarazo, la incertidumbre del bienestar propio y del bebé, y el estrés de los síntomas relacionados con el embarazo (ver figura 1).

Incertidumbre de la enfermedad.

La incertidumbre se refiere a la incapacidad para dar sentido a los acontecimientos relacionados con la enfermedad; tiene dos componentes, la ambigüedad y la complejidad de la enfermedad (Haase, 2004). La ambigüedad y la complejidad se entrelazan en el embarazo y se presentan en la adolescente como duda de la salud de sí misma y/o de su hijo, además del riesgo existente de complicaciones. La OPS (2010), señala que el embarazo precoz tiene riesgos para la salud de la madre y del niño, además de repercusiones sobre la educación y las perspectivas futuras de las adolescentes. Se deduce que estos factores generan incertidumbre en la adolescente y la guían a realizar determinadas conductas de salud.

Dalton (2014) establece que la incertidumbre en el embarazo adolescente es una falta o pérdida de control. Las adolescentes presentan incertidumbre, en su intento de evitar, manejar, o aceptar su embarazo. En varios puntos a lo largo de la trayectoria del embarazo, las adolescentes se encuentran con diferentes circunstancias que desafían su sentido de control; al mismo tiempo, hay circunstancias que creen que pueden controlar, y tratar de hacerlo, con resultados diversos. Se deduce que todas las adolescentes, en algún momento de su embarazo, presentan incertidumbre.

Por su parte, Mishel (1997) establece que la incertidumbre es natural en algún momento de la enfermedad. Páramo (2011) refiere que existen numerosos factores en el universo adolescente que estarían disparando ciertas conductas de riesgo e influenciado, en parte, en algunas de las patologías más frecuentes de esta edad. Se considera que el embarazo no es una patología, pero al presentarse durante la etapa de adolescencia sí representa un factor de riesgo para la aparición de patologías que pueden afectar tanto a la madre como al hijo. En este sentido, se deduce que la incertidumbre puede ser parte natural del embarazo, independientemente de la edad; sin embargo, considerando que la adolescente tiene riesgos debido a las características sociales que la rodean y su etapa de desarrollo físico, esta incertidumbre puede ser mayor en las adolescentes embarazadas.

La incertidumbre se presenta en la adolescente cuando desconoce la forma en cómo minimizar estos riesgos ó cómo detectarlos oportunamente. Al respecto, Haase (2004) refiere que la incertidumbre es mayor cuando los pacientes carecen de información acerca de lo que les está sucediendo, cuando no comprenden la información que se les da y/o cuando los eventos relacionados con el tratamiento son extraños, no familiares o inesperados.

Las ideas de incertidumbre y duda generalmente surgen en las adolescentes respecto al sostén económico de sí misma y de su hijo (Páramo, 2011); o por no saber qué hacer, cómo actuar, cómo informales a los padres de un suceso que podría generar en ellos dolor, decepción, tristeza y rabia; duda por la reacción y decisiones que los padres pueden asumir; además de la incertidumbre para enfrentar el futuro. Es un estado lleno de dudas, incógnitas no resueltas, sufrimiento e impotencia frente a una realidad que para ella es difícil de aceptar y afrontar, debido a que piensa que todavía necesita la protección de sus padres y depende de ellos, y que, al ser madre, se verá forzada a tomar las riendas de su vida como una persona independiente (Prías-Venegas & Miranda-Mellado, 2009). Para fines de este, se deduce que la incertidumbre incluye dos variables: la incertidumbre del embarazo y la incertidumbre del bienestar propio y del bebé. La incertidumbre del embarazo se define como las dudas y preocupaciones de la adolescente para enfrentar, manejar o aceptar su embarazo. La incertidumbre del bienestar propio y del bebé, se refiere a las dudas y preocupaciones de la adolescente de la posibilidad de un futuro incierto para ella y su hijo (ver figura 1).

Estrés de los síntomas relacionados con la enfermedad.

Se considera que el embarazo tiene síntomas propios que no representan mayores dificultades para la mujer embarazada. Sin embargo, en la adolescente embarazada se deben considerar otros aspectos relevantes; por ejemplo, la adolescencia es la etapa de transición, cuando las niñas se transforman en adultas y están pasando por una etapa de cambios en su cuerpo, que ahora, deben sumarse a los síntomas del embarazo. Algunas

adolescentes le asignan un significado muy importante a los síntomas del embarazo, tanto que se vuelven el centro de su atención, en cambio, otras adolescentes, pueden no tomar muy en cuenta dichos síntomas. El significado de los síntomas es relevante, sin embargo, para algunas adolescentes estos síntomas se convierten en un problema físico e incluso pueden indicar inicio de alguna complicación. Haase (2004) señala que el estrés de los síntomas relacionados con la enfermedad, se refieren al significado que le asigna el individuo a los síntomas y a sus resultados; estos síntomas son individuales; pero varía el significado que se les asigna.

El resultado de algunos síntomas en el embarazo, pueden indicar alguna complicación obstétrica, por lo tanto, una adolescente embarazada debe conocer los cambios que sufrirá su cuerpo respecto a la etapa de adolescencia, los cambios del embarazo y estar pendiente de no presentar síntomas de alguna complicación. Debe ser capaz de identificar cuando los padecimientos que tiene son generados por los síntomas del embarazo y no por indicios de una complicación.

En el presente modelo, se considera que el embarazo tiene síntomas que son frecuentes y se pueden considerar normales; sin embargo, cada adolescente le asigna un significado diferente a dichos síntomas. Por ejemplo, los vómitos y mareos son síntomas que frecuentemente se presentan durante el embarazo, estos síntomas podrían generar en la adolescente sentimientos de vergüenza, temor, dudas, ansiedad, entre otros, a los cuales se les denomina estrés de los síntomas relacionados con el embarazo. Se considera que este estrés representan un riesgo relacionado con el embarazo en la adolescencia, por lo tanto, se define estrés de los síntomas relacionados con el embarazo, como las molestias que le causan los síntomas del embarazo a la adolescente (ver figura 1).

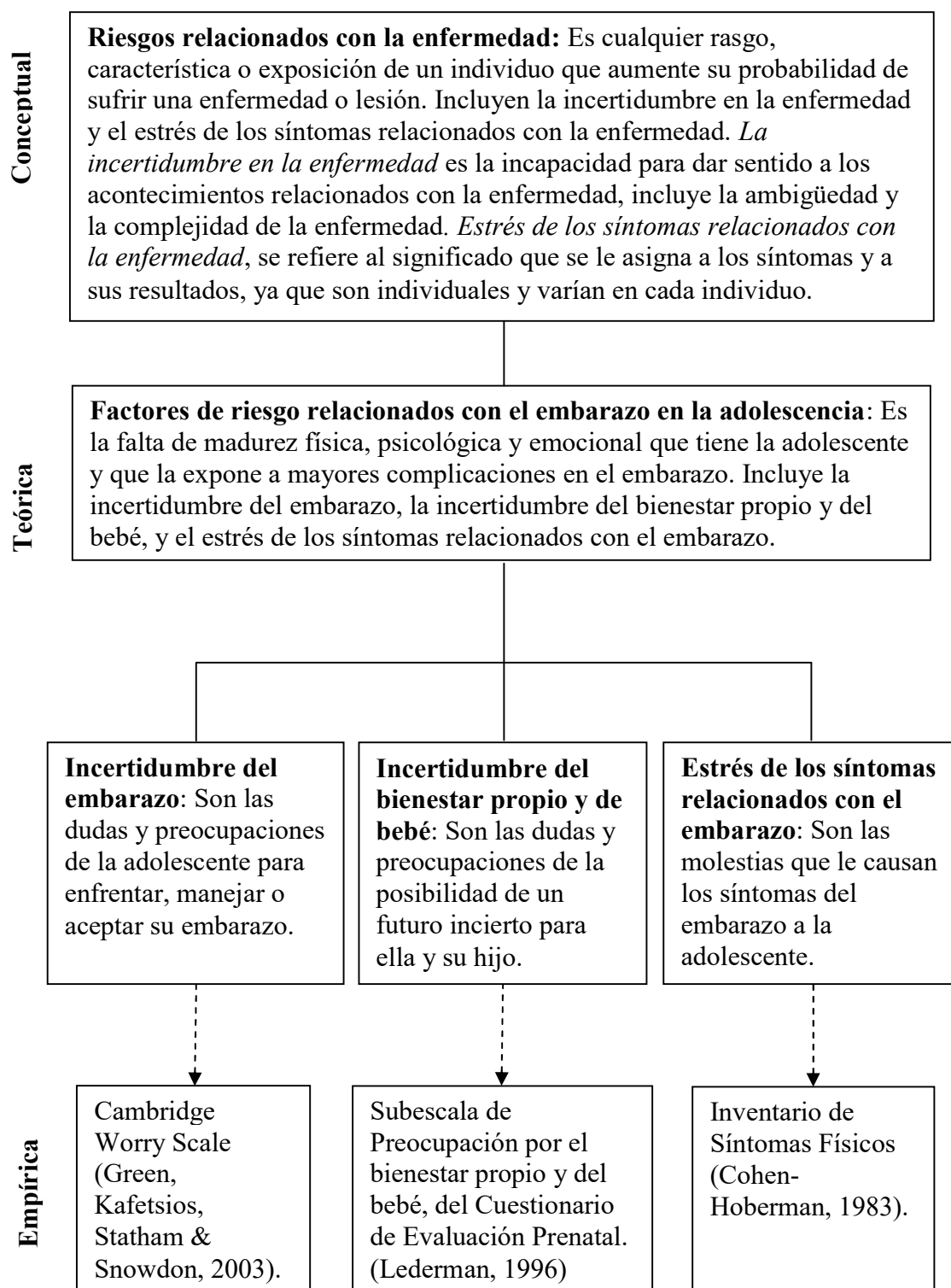


Figura 1. Estructura conceptual-teórica-empírica de los factores de protección de riesgo relacionados con el embarazo en la adolescencia

Riesgo individual: afrontamiento defensivo.

Haase (2004) refiere que el riesgo individual significa hacer frente a situaciones específicas y que el hacer frente comprende el esfuerzo cognitivo cambiante y los comportamientos para manejar específicas demandas internas y externas que el individuo percibe que exceden sus recursos. El riesgo individual se compone de estrategias de afrontamiento evasivo, fatalista y emotivo. La elección de un individuo de las formas de hacer frente a una situación, depende de factores situacionales, factores de desarrollo, la personalidad y el apoyo de estructuras. Las estrategias de afrontamiento se pueden asociar a resultados positivos (el bienestar y la calidad de vida) o con resultados menos positivos (angustia, depresión y peor supervivencia) que pueden afectar positiva o negativamente la resiliencia.

Quintana, Montgomery y Malaver (2009) refieren que hay dos tipos de estrategias de afrontamiento relacionadas con la posibilidad percibida por el sujeto de afectar o no la situación problemática: uno dirigido a la modificación del problema, hasta mutarlo en una versión que no suponga amenaza; y otro dirigido a la modificación de la emoción incapacitante, dejando intacta la situación. La adolescente al saber su condición de embarazo, puede optar por no hacer frente a la situación y no afrontarlo frente a su familia y entorno, por lo cual, algunas adolescentes deciden ocultar su embarazo y en casos extremos, abortar.

En otros casos, cuando la adolescente decide aceptar el embarazo y a su hijo, no acude a control prenatal y no toma medidas de cuidado de sí misma, ni de su hijo, de manera inmediata ni mediata, sino hasta que decide informar a su familia, pareja y amigos de su embarazo; por lo que se deduce que no está consciente de los riesgos que representa el no realizar cuidados de su embarazo de manera adecuada y oportuna. A su vez, Camara, Sarriera y Carlotto (2007) refieren que en los adolescentes se pueden observar algunas tendencias a minimizar los posibles efectos negativos derivados de la práctica de actividades que representen riesgos para la salud.

En el modelo propuesto, se considera el afrontamiento defensivo como un riesgo individual, por lo cual se define al afrontamiento defensivo durante el embarazo, como la negación del adolescente de aceptar su embarazo o de realizar los cuidados de atención de manera oportuna y adecuada, como un medio defensivo para no afrontar la situación actual. Incluye estrategias de evasión, fatalistas y emotivas que le impiden identificar el riesgo y tomar decisiones para el cuidado de su embarazo (ver figura 2).

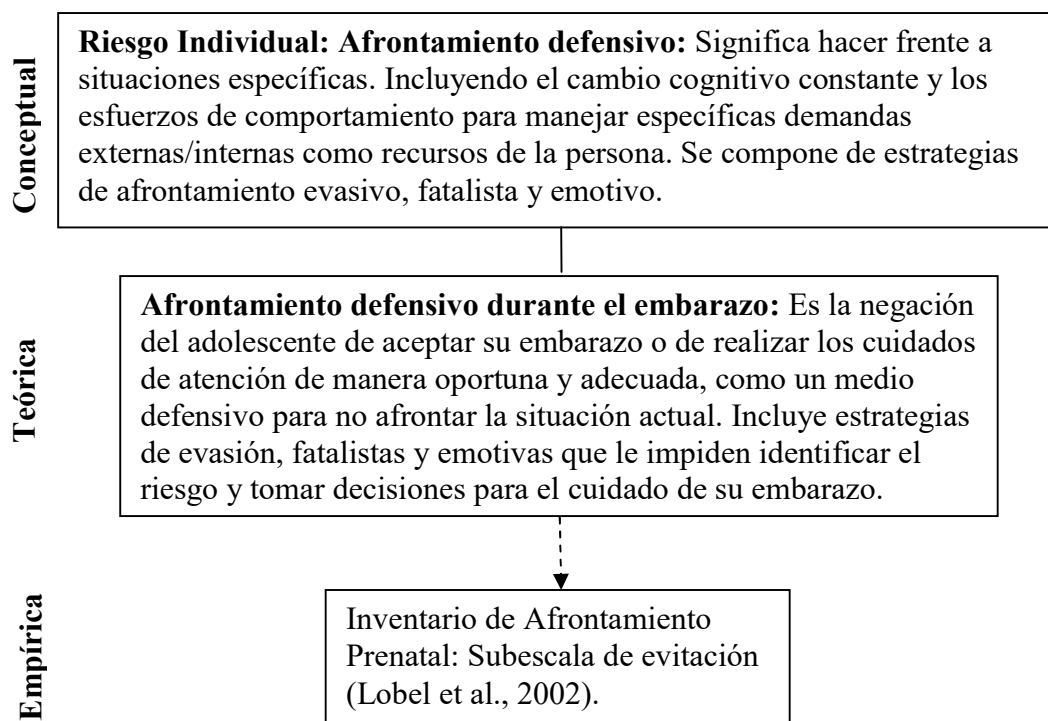


Figura 2. Estructura conceptual-teórica-empírica del afrontamiento defensivo durante el embarazo

Factores de protección familiar.

En el campo de la salud, los factores protectores poseen características detectables en un individuo, familia, grupo o comunidad que favorecen el desarrollo humano, el mantenimiento o la recuperación de la salud; y que pueden contrarrestar los posibles efectos de los factores de riesgo y por lo tanto, reducir la vulnerabilidad general o específica (Páramo, 2011). Los factores protectores son definidos como las influencias

que modifican, mejoran o alteran la respuesta de una persona a algún peligro que predispone a un resultado no adaptativo; y los factores de protección familiar son los componentes que se pueden encontrar dentro y fuera de la familia; incluyen la atmosfera familiar positiva y apoyo/recursos familiares (Haase, 2004).

Relación con la madre.

La atmosfera familiar es la capacidad de adaptación, cohesión, comunicación y apoyo percibido dentro de la familia que se utiliza para cambiar la estructura de poder de la familia, la relación de rol y de reglas en respuesta a estrés situacional y de desarrollo al tiempo que mantener vínculos emocionales (McCubbin, Balling, Possin, Frierdich, & Bryne, como se cita en Haase 2004). La adolescente, actuará ante cualquier situación, incluyendo el embarazo, con base en los valores, comunicación y habilidades desarrolladas y aprendidas dentro de la propia familia, especialmente de su madre.

De acuerdo a Haase (2004), las familias resilientes son flexibles, coherentes, tienen un significado en la vida, se comunican y resuelven problemas con eficacia. A su vez, Nieves, Hernández, Chávez, Díaz, Guevara y Lucas (2014) refieren que las actitudes y comportamientos de los adolescentes van a estar determinados en gran medida por el tipo de relación que han establecido con el resto de los componentes de su núcleo familiar, es ahí donde desarrollan conocimientos, habilidades y capacidades necesarias para su desarrollo físico y espiritual; en la medida que éstos sean más amplios el resultado será un individuo integral, portador de juicios y valores que le permitan desempeñar sanamente el rol que le corresponda realizar.

Es fundamental que exista un ambiente familiar positivo para que la adolescente tenga la suficiente confianza para dar a conocer su embarazo, esperando apoyo, afecto y comprensión. Prías-Venegas y Miranda-Mellado (2009) reportaron que las jóvenes experimentaron miedo al enfrentar una realidad difícil de aceptar y al no saber cómo darla a conocer a sus padres y demás personas importantes para ellas; algunas tienen percepciones subjetivas de que sus padres las pueden rechazar o agredir psicológica o

fisicamente al enterarse de su embarazo. Agregan, que la adolescente experimenta sentimientos altamente negativos que emergen cuando no cuenta con un ambiente familiar que le brinde seguridad y confianza, para hablar de sus fracasos y aciertos.

Por lo que se supone que cuando se percibe una atmosfera familiar positiva es más probable sentir satisfacción familiar. Tercero-Lavielle, Muñoz, Clark, Medeiros, Hernández y Luque (2013) refieren que la satisfacción familiar es el resultado del continuo juego de interacciones verbales y/o físicas que mantiene un sujeto con los otros miembros de su familia y guarda relación con la coherencia, la equidad en el hogar, la diversión, el apoyo, la falta de conflictos, la cercanía afectiva, la confianza, la cohesión, la adaptación, la asignación y aceptación de roles, la comunicación abierta y la aceptación en general de la propia familia.

La adolescente requiere de la aceptación y apoyo por parte de toda su familia, especialmente del apoyo de su madre para llevar a cabo los cuidados requeridos en su embarazo, se considera que la relación que mantiene la adolescente con su madre es fundamental e influyen en su forma de afrontar el embarazo. Por lo tanto, en el presente modelo se define la relación con la madre como el apoyo y afecto de la madre de la adolescente, que le proporciona aceptación, buena comunicación y acompañamiento durante su embarazo (ver figura 3).

Apoyo familiar.

El apoyo/recursos familiares se refieren a las cualidades y el alcance de la red familiar y recursos. La red familiar se compone de las personas que tienen importantes relaciones con una familia nuclear en un momento particular. Recursos familiares son materiales y cualidades personales tales como las finanzas, la educación y la salud de miembros de la familia individuales que contribuyen a la prevención o el alivio de la tensión dentro de la familia (Haase, 2004).

El embarazo y parto conlleva gastos económicos para la madre, considerando que las adolescentes generalmente no cuentan con recursos económicos propios,

requiere el apoyo de sus padres, de la pareja o de algún miembro de la red familiar.

Cuando no se cuenta con el apoyo económico, se requiere del apoyo moral para incursionarse en el área laboral y solventar así sus propios gastos y de su hijo.

En el modelo propuesto, se considera que el factor de protección familiar durante el embarazo, se refiere al apoyo y afecto brindado por la familia a la adolescente para hacer frente al embarazo y realizar los cuidados requeridos. Se deduce que el apoyo familiar es un factor de protección que engloba el apoyo y recursos de la familia. Se define al apoyo familiar, como la presencia y afecto de una red familiar fuerte, conformada por familiares con o sin lazos consanguíneos y que le brinda apoyo emocional y económico a la adolescente embarazada. Por lo tanto, el apoyo familiar se mide en el presente estudio, en base a la funcionalidad familiar (ver figura 3).

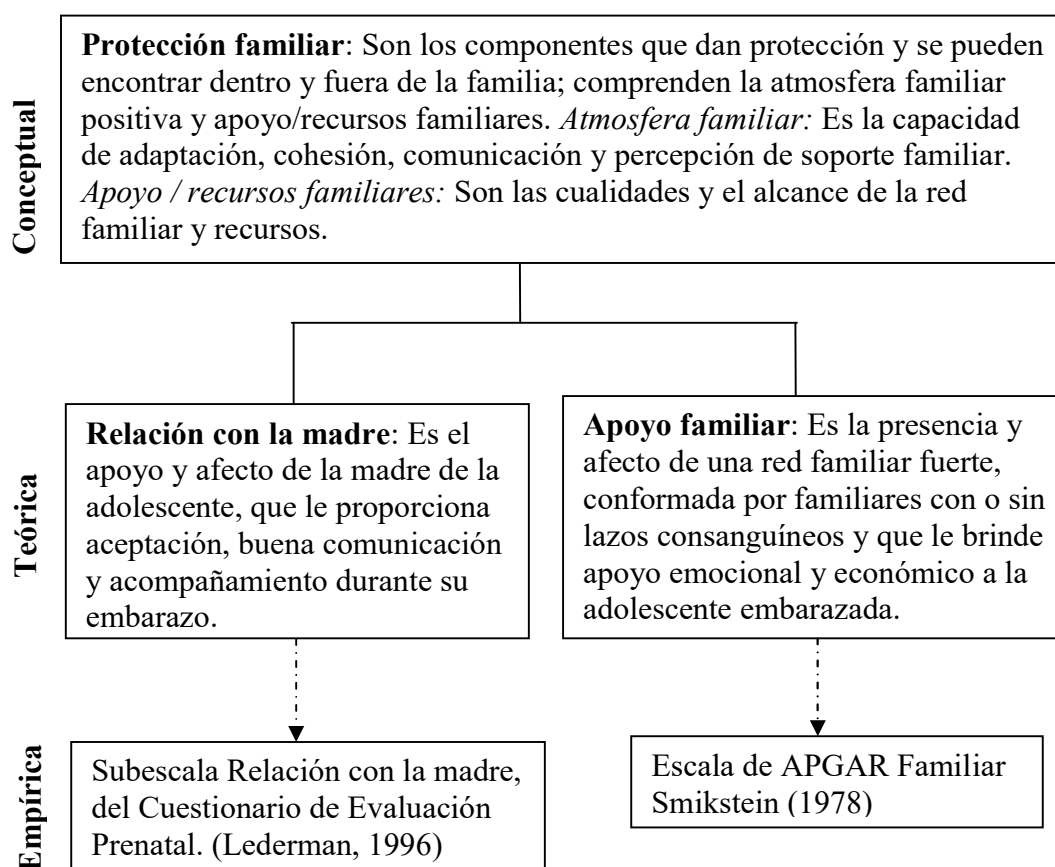


Figura 3. Estructura conceptual-teórica-empírica de los factores de protección familiar

Factores de protección social.

La protección social incluye la integración social-salud y los recursos de atención. Esto depende de la medida en que los individuos perciben que sus necesidades de apoyo, información y la retroalimentación, se cumplen por los amigos y proveedores de atención (Madan-Swain et al., 2000; Procidano & Heller, 1983, referidos por Haase, 2004). Debido a la importancia que tiene el apoyo de la pareja de la adolescente durante el embarazo, se decide agregar el apoyo de la pareja como un factor de protección social. En el presente modelo, se definen a los factores de protección social, como la percepción de apoyo del entorno social de la adolescente, incluyendo el apoyo social y apoyo de pareja durante su embarazo, los cuales se describen a continuación (figura 4).

Apoyo social.

La integración social-salud se refiere al grado en que la adolescente es capaz de mantenerse entre pares y relaciones escolares y ampliar las relaciones sociales para incluir a los proveedores de atención médica y adolescentes con la misma condición similar. Haase (2004) establece que los beneficios de conocer a otras personas en condiciones similares, les permite hacer comparaciones y apoyarse entre ellos en el contexto de la enfermedad y pueden tener modelo de roles que proveen esperanza. En el caso de la adolescente embarazada, se deduce que al relacionarse con personas en condiciones similares, puede servir para que se brinden apoyo mutuamente y al observar que otra adolescente realiza cuidados adecuados de su embarazo, ella pueda realizarlos.

Haase (2004) menciona que el adolescente tiene la capacidad de mantener la relación entre sus pares, las relaciones escolares y las relaciones con las redes sociales para conseguir resultados positivos y reducir o evitar los resultados negativos. Se deduce que la adolescente puede continuar con sus estudios y relacionarse con sus compañeros y amigos, esperando que sean un apoyo para el cuidado adecuado de su embarazo. Gómez (2013) refiere que es esencial la existencia de redes informales de apoyo y una relación de aceptación incondicional del adolescente.

La adolescente embarazada debe encontrarse en un entorno social que facilite y favorezca el desarrollo óptimo de su embarazo. La OMS (2009) establece que el lugar de trabajo durante el embarazo debe ser saludable y se le debe apoyar a la adolescente en aspectos físicos, organizativos y sociales, además de promover la salud. En caso de continuar estudiando durante el embarazo, las escuelas deben apoyar a las mujeres, promover el auto-cuidado y aumentar la confianza en ellas mismas.

Dentro del entorno social en donde se encuentre la adolescente embarazada, es necesario que se cuente con servicios de salud en donde pueda llevar el control prenatal y se le atienda en el momento del parto o en caso de presentarse una emergencia. Sin embargo, para ser derechohabiente de un servicio social debe comprobar que es estudiante, ser trabajadora o estar casada; características que no se cumplen en la mayoría de las adolescentes que se embarazan. Debido a esta situación, se ha reportado que la mayoría de las mujeres que acuden a control prenatal no son derechohabientes de ningún servicio de salud (Vega, Barrón & Acosta, 2013). Situación que actualmente está cubierta por el seguro popular, el cual es accesible y brinda atención a la mujer embarazada y al recién nacido, independientemente de la edad de la madre.

En el seguro popular, la atención prenatal es gratuita y accesible, se brinda en todos los niveles de salud públicos y privados, por lo tanto, la adolescente tiene un fácil acceso a estos servicios y no debería ser un obstáculo para su atención. Para Haase (2004), la relación entre el adolescente y el proveedor de cuidado de salud debe ser natural, ya que juega un papel importante en el resultado de la enfermedad.

En el modelo propuesto, se considera que la integración social-salud y los recursos de atención se reflejan a través del apoyo social; definiéndolo como la percepción de aceptación y apoyo de amigos, la influencia positiva de otras adolescentes embarazadas, el apoyo y motivación de sobresalir en escuela y/o trabajo; además del fácil acceso a la atención médica y la participación de la adolescente para el cuidado de su embarazo (ver figura 4).

Apoyo de la pareja.

Cabe destacar que aunque este concepto no es propio de la ARM, se integra dentro del constructo de protección social debido a la naturaleza del fenómeno en estudio. De acuerdo a lo anterior, se supone que la adolescente desea y necesita el apoyo y acompañamiento de su pareja, sin embargo, es frecuente que las adolescentes no cuenten con ese apoyo y continúen viviendo y siendo apoyadas por su familia. Al respecto, Prías-Venegas y Miranda-Mellado (2009) refieren que los sentimientos de displacer surgen cuando la joven no tiene estabilidad emocional con su pareja y no se siente segura del afecto y apoyo que le pueda brindar, lo que le lleva a sentirse sola, angustiada y frustrada, sin saber qué hacer y qué rumbo tomar. Por el contrario, si la adolescente cuenta con el apoyo manifiesto de su compañero sentimental, en ella no se manifiestan sentimientos displacenteros, no le importan las opiniones de sus padres y amigos, más bien se siente plena y feliz al lado de su compañero y con sentimientos de bienvenida para su hijo.

La participación de la pareja durante el embarazo adolescente es tan importante que incluso se integra dentro de las intervenciones establecidas por la NOM 007 (Secretaría de Salud, 1993), en donde se menciona que se debe animar a que la mujer acuda a consulta con su pareja a fin de integrarlo al control de la embarazada. Alarcon, Coello, Cabrera y Monier (2009) refieren que la falta de apoyo espiritual y económico de la pareja y el hecho de tener relaciones inestables con la pareja, influyen en el embarazo de la adolescente.

En el modelo propuesto, se considera necesario agregar el apoyo de la pareja como un factor de protección debido a su importante participación y contribución en el embarazo de la adolescente. Por lo cual, el apoyo de la pareja se define como el apoyo moral y económico de la pareja, incluyendo el acompañamiento y participación en el cuidado del embarazo (ver figura 4).

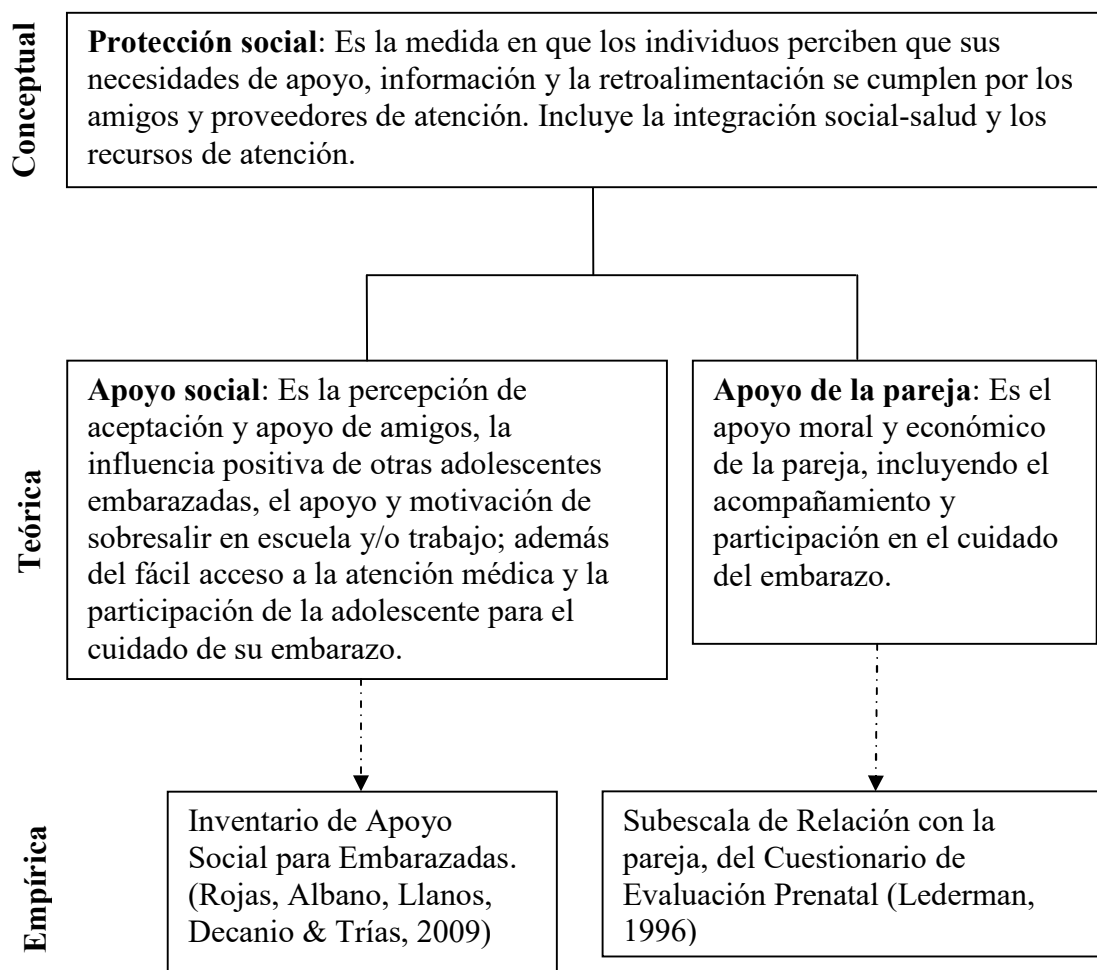


Figura 4. Estructura conceptual-teórica-empírica de los factores de protección social.

Factores de protección individual.

Haase (2004) refiere que la protección individual incluye los recursos que la persona utiliza para modificar los resultados adversos y que ocurra la resiliencia. Incluye el afrontamiento positivo y el significado que le da el individuo a la enfermedad. En el presente modelo, se considera que el afrontamiento positivo y el significado del embarazo son otorgados de manera individual, actuando de manera específica ante el cuidado del embarazo de la adolescente. Debido a la importancia que tiene la autoestima de la adolescente durante su embarazo para llevar a cabo los cuidados necesarios, se decide agregar este concepto como un factor de protección individual.

En el presente estudio, se define a los factores de protección individual durante el embarazo, como los recursos que posee la adolescente para afrontar y realizar el cuidado de su embarazo. Estos factores de protección incluyen el afrontamiento y significado positivo, además de la autoestima de la adolescente durante su embarazo. A continuación se describen los factores de protección individual que podrían influir en la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes (ver figura 5).

Afrontamiento positivo al embarazo.

El afrontamiento positivo se compone de estrategias de afrontamiento confrontativo, optimista y que brinde soporte; incluye estrategias enfocadas en obtener el apoyo social de otros, enmarcar la experiencia con optimismo, y de forma proactiva adquirir conocimientos sobre la enfermedad y su tratamiento (Kyngas et al., como se cita en Haase, 2004).

La resiliencia ha sido definida como un proceso dinámico en el que los individuos muestran la adaptación positiva a pesar de las experiencias de adversidad o riesgo significativo, tales como la exposición a circunstancias estresantes de la vida que se asocian con ajuste psicológico difícil (Luthar & Cicchetti, 2000). Al respecto, Beltrán-Jiménez & Ortiz-Acosta (2011) refieren que la adolescente hace uso de sus estrategias de afrontamiento al transitar por el difícil camino de transformarse en una mujer adulta, y a la crisis de la adolescencia, desencadenada por los cambios biológicos, psicológicos, sociales e interpersonales; aunado a ello, se le suma la crisis del embarazo que es provocada por la presencia de una vida en el vientre, que compromete a estas jóvenes con una responsabilidad y madurez que no han desarrollado totalmente.

Se considera que el embarazo en la adolescencia es una situación que representa amenaza exigiendo el uso de estrategias de afrontamiento. Lazarus y Folkman (1986) consideran que ante situaciones de amenaza o de riesgo, la persona utiliza estrategias positivas para manejarlas que se pueden orientar tanto al dominio de la situación, evitarla o minimizarla.

La capacidad de afrontamiento es el conjunto de respuestas (pensamientos, sentimientos y acciones) que un sujeto utiliza para resolver situaciones problemáticas y reducir las tensiones que ellas generan (Della, 2006). En este sentido, las adolescentes embarazadas deben realizar el cuidado de su embarazo, como una manera de favorecer el desarrollo óptimo de su embarazo y la salud de sí misma y de su hijo, lo cual conlleva a la reducción de tensiones generadas durante esta etapa de su vida.

Las estrategias de afrontamiento son procesos que se utilizan en cada contexto y pueden cambiar según los estímulos que actúen sobre ellas. El afrontamiento es un proceso que pone en marcha el individuo para hacer frente a situaciones estresantes; no siempre la puesta en marcha de este proceso garantiza su éxito. Si al hacerlo el individuo tiene éxito para solucionar la situación problemática presente, repetirá el mismo ante situaciones similares; en caso contrario buscará otro recurso (Della, 2006).

En el caso del embarazo, las estrategias de afrontamiento pueden ser dirigidas a enfrentar el embarazo y realizar los cuidados necesarios; o evitarlo, tratando de ocultarlo y no realizar ningún cuidado adicional. Della (2006) refiere que la adolescente parecería que necesita ignorar el problema creyendo que todo podría resultar bien, tendencia que expresaría cierta contradicción con las estrategias de afrontamiento consideradas, pero en el período de la adolescencia, las contradicciones sucesivas constituyen una de las conductas más observables, hecho que podría verse incrementado en estas jóvenes ante la necesidad de huir de la situación.

En el modelo propuesto, se considera que el afrontamiento positivo al embarazo es un factor de protección individual. Por lo tanto, se define el afrontamiento positivo al embarazo como los comportamientos que realiza la adolescente para enfrentar su embarazo y que favorecen el cuidado del mismo, gracias al soporte y fuerza interna que posee. Se considera que el afrontamiento positivo al embarazo incluye dos variables: preparación del embarazo y orar durante el embarazo. La preparación del embarazo se define como los comportamientos de la adolescente para adquirir mayores

conocimientos y fuerza interna para realizar los cuidados del embarazo. Orar durante el embarazo, se define como la acción de pedir a un ser supremo fortaleza para realizar los cuidados del embarazo y por el bienestar propio y de su hijo (ver figura 5).

Significado positivo del embarazo.

Este factor se compone de la esperanza y la perspectiva espiritual. La esperanza es un estado mental energizado que representa la inquietud o incertidumbre; y que se caracteriza por ser reflexiva, hacia la acción, y en expectativa de que un resultado positivo en el futuro es posible (Haase et al., 1999). La esperanza se define como el proceso de pensar acerca de las metas de uno, la motivación para avanzar hacia ellas y las formas de lograrlas (Snyder, 1995). Se considera que la esperanza influye en la forma en que los individuos entienden el significado de los acontecimientos y también afecta directamente a la salud (Haase, 2004). La esperanza está fuertemente ligada a la perspectiva espiritual, la cual es definida como la integración y la energía creativa basada en la creencia en un ser superior, y un sentimiento de interconexión con un poder más grande que el sí mismo (Reed, como se cita en Haase, 2004).

Las acciones realizadas por la adolescente, estarán basadas en el significado que otorga al embarazo, es por ello, que el significado que represente ese embarazo para la adolescente, es de vital importancia y debe ser considerado por el personal de salud que brinda atención durante el embarazo. Se deduce que los cuidados que la adolescente realice durante su embarazo, serán favorables, siempre y cuando el embarazo actual tenga un significado positivo para ella. En este mismo sentido, Quintana, Montgomery y Malaver (2009) refieren que el significado que se le otorga a la situación, es explicable a partir de su biografía, sus relaciones actuales y su posición social, a la percepción realista o no de su capacidad de afectar los acontecimientos, y de su grado de tolerancia al estrés.

En el modelo propuesto, se considera que el significado positivo del embarazo es un factor de protección individual. Definiendo el significado positivo del embarazo,

como los sentimientos y creencias que tiene la adolescente para ver el embarazo como un acontecimiento positivo, del cual tiene grandes esperanzas y expectativas que van de acuerdo con sus perspectivas espirituales. Se deduce que el significado positivo del embarazo está integrado por la interpretación del embarazo y la aceptación del embarazo. La interpretación del embarazo se define como la idea personal y las expectativas positivas que tiene la adolescente de su embarazo. La aceptación del embarazo se define como el sentimiento de aprobación de su embarazo, al cumplir con sus esperanzas y expectativas personales (ver figura 5).

Autoestima.

Haase (2004) define la autoestima como el grado en el que el adolescente posee actitud positiva o negativa de sí mismo. En este sentido, Rosenberg (1995) define la autoestima como un sentimiento hacia uno mismo, que puede ser positivo o negativo, el cual se construye por medio de una evaluación de las propias características. En el caso de la adolescencia, Haase (2004) refiere que en la evaluación de las características de la adolescente, se incluye el rol fundamental de la imagen de sí mismo, el estigma social asociado a ser joven y las alternativas reales que motiven la solución.

La autoestima en la adolescente que se encuentra embarazada, puede ser influenciada por diversos factores, pero independientemente de ello, siempre se afecta el estado emocional de la madre, lo cual puede afectar gravemente al feto en desarrollo. Se ha reportado un nivel de autoestima bajo en las adolescentes embarazadas en relación con la desaprobación social que ellas perciben (Ceballos, Camargo, Jiménez & Requena, 2011). Cuando la adolescente tiene una autoestima alta se convierte en un factor de protección durante su embarazo, debido a que una imagen positiva de sí misma favorece el desarrollo del cuidado del embarazo. En el modelo propuesto, se considera que la autoestima es un factor de protección individual. Se define la autoestima, como la percepción positiva de la adolescente de sí misma, para realizar el cuidado de su embarazo (ver figura 5).

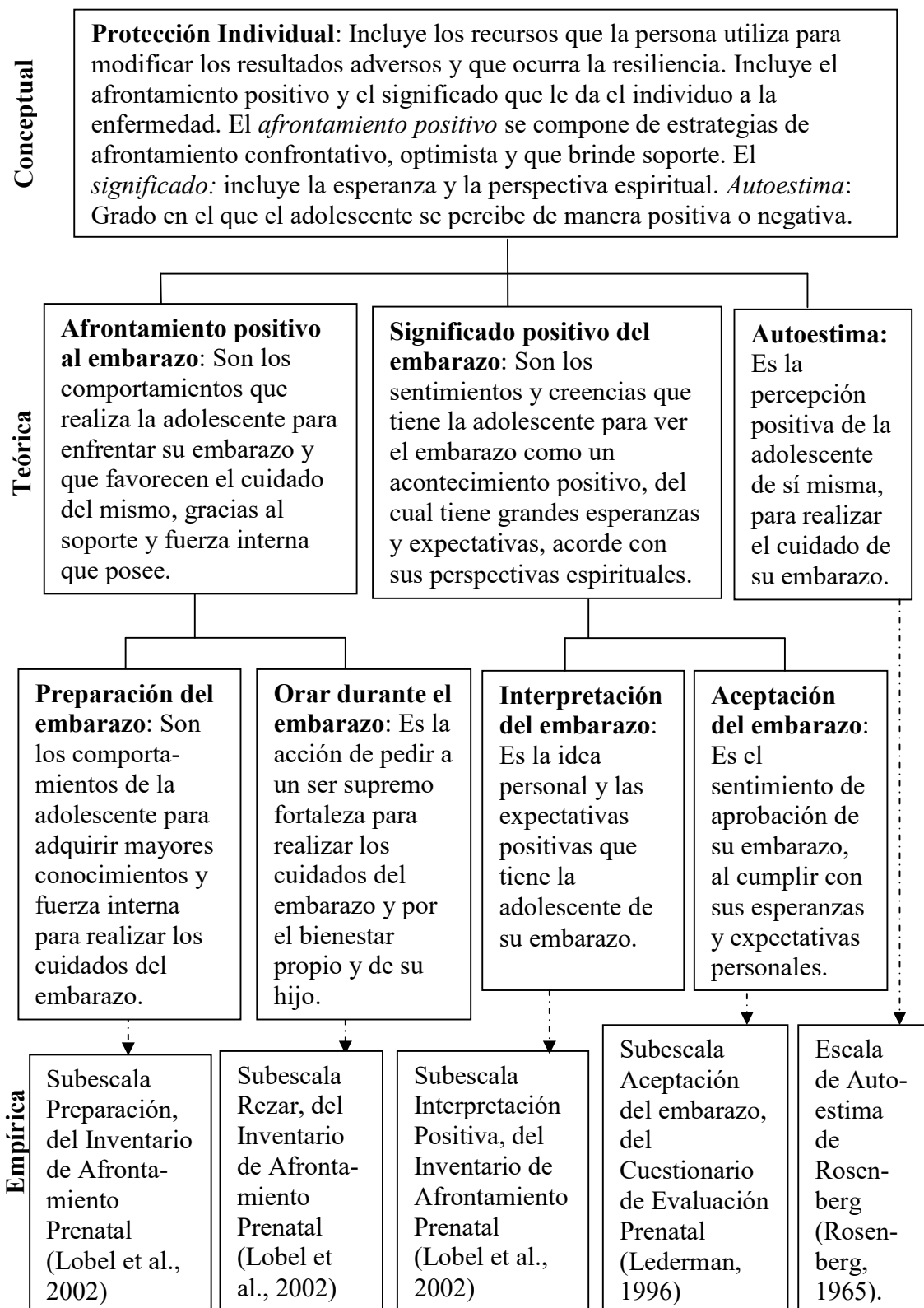


Figura 5. Estructura conceptual-teórica-empírica de los factores de protección individual.

Resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes.

Haase (2004) define la resiliencia como un proceso de identificación y desarrollo de recursos para manejar los factores estresantes a fin de obtener resultados positivos; además menciona que una conducta resiliente se logra cuando se reducen los factores de riesgo y se fortalecen los factores protectores. En el caso de la adolescente embarazada, una conducta resiliente sería realizar el cuidado adecuado de su embarazo. De modo semejante, Fuentes, Medina y Borja (2008) refieren que la resiliencia es el resultado de la combinación o interacción entre los atributos del individuo (internos) y su ambiente familiar, social y cultural (externos) que posibilitan superar el riesgo y la adversidad de forma constructiva. En base a lo anterior, en el presente modelo se considera que la resiliencia de la adolescente le permite realizar el cuidado de su embarazo (ver figura 6).

Los individuos tienen rasgos de personalidad, factores protectores, y experiencia acumulada durante su vida que favorecen la resiliencia como un proceso y/o su desarrollo para lograr un resultado (Luthar, Cichetti & Browyn, 2000; Olsson, Bond, Burns, Vella-Brodrick & Sawyer, 2003). La resiliencia como proceso es entender los mecanismos o procesos que actúan para modificar el impacto del riesgo y el desarrollo del proceso donde los jóvenes se adaptan. La resiliencia como resultado es mantenerse en funcionalidad, incluyendo los patrones de conducta competente o funcionalidad efectiva en jóvenes expuestos a riesgo (Garcia-Dia, DiNapoli, Garcia-Ona, Jakubowski & O'Flaherty, 2013). En el presente modelo, se considera la resiliencia como un resultado, deduciendo que la interacción entre las variables permitirá el desarrollo de resiliencia de la adolescente para el cuidado de su embarazo.

Se debe reconocer que los seres humanos estamos desprotegidos y somos vulnerables ante la fuerza de un evento que en sí mismo puede causar daño, pero todos poseemos un escudo protector que es la resiliencia, lo que evitará que esas fuerzas actúen inexorablemente sobre nosotros, porque nos sirven como filtro que atenúa los posibles efectos y en ocasiones, logra transformarlos en factores de protección, así la

amenaza se convierte en oportunidad (Muñoz & De Pedro, 2005). Se deduce, que el embarazo en la adolescencia por sí mismo representa riesgos para el adolescente y su hijo, sin embargo, al fortalecer los factores protectores, esta situación se convierte en oportunidad de aprendizaje y trascendencia.

Haase (2004) menciona que la resiliencia está compuesta por un sentido de confianza y auto-trascendencia. La confianza se caracteriza por la percepción de control que se tiene sobre los acontecimientos en el medio ambiente, en contraste con la sensación de que uno es la víctima del destino o la ocurrencia de casualidad. Auto trascendencia se refiere a la extensión de uno mismo hacia el interior en actividades introspectivas, hacia fuera, a través de preocupaciones sobre el bienestar de los demás; de tal manera que las percepciones del pasado y futuro anticipado, mejorarán la situación actual del individuo.

En el presente modelo, se considera que la auto-trascendencia y la confianza favorecen el cuidado del embarazo por parte de la adolescente. Por lo tanto, la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes, se define como el proceso de identificación y desarrollo de recursos por parte de la adolescente para realizar el cuidado de su embarazo (ver figura 6).

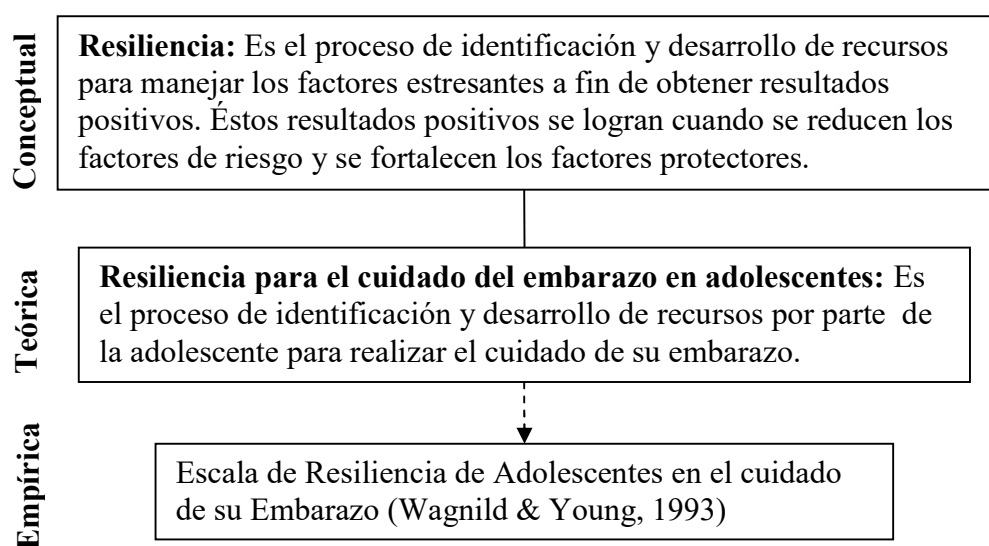


Figura 6. Estructura conceptual-teórica-empírica del factor resultado.

De acuerdo al método de derivación teórica de Fawcett (1999), se recomienda la construcción del diagrama en el que se integren las variables del modelo propuesto. A continuación se presenta el diagrama de la estructura teórico-conceptual-empírica de las variables que integran el modelo propuesto (ver figura 7).

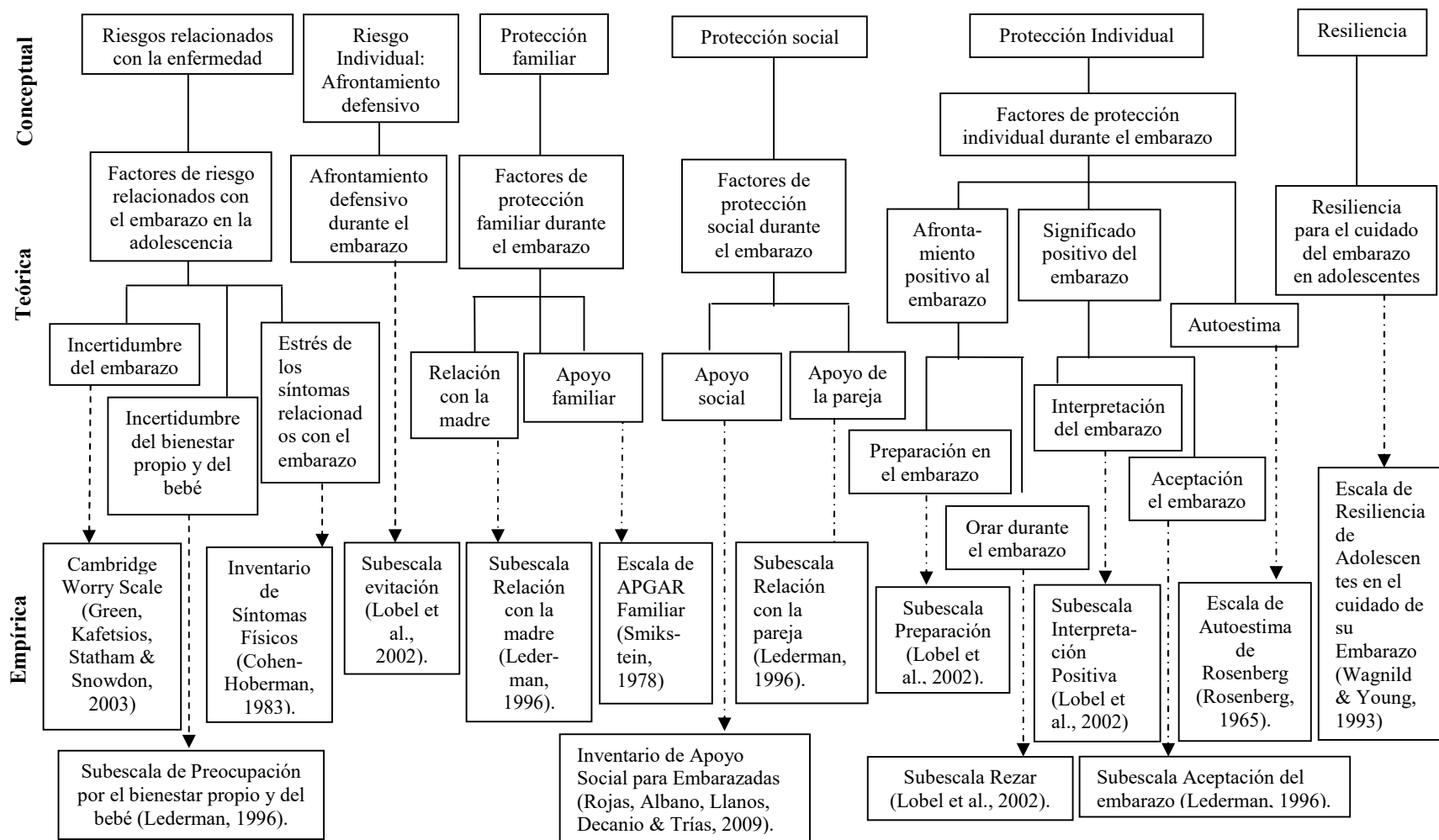


Figura 7. Estructura conceptual-teórica-empírica del modelo de resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes.

En base a lo anterior, a continuación se presenta el modelo propuesto en el presente estudio, especificando las variables que lo conforman, las posibles relaciones existentes entre las mismas y los supuestos que se establecen.

Modelo de resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes

El modelo de resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes (MORCEA) está integrado por conceptos que se clasifican como factores de riesgo relacionados con el embarazo en la adolescencia, afrontamiento defensivo durante el embarazo; factores de protección familiar, social e individual durante el embarazo y el factor resultado de la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes (figura 8).

Los factores de riesgo incluyen los riesgos relacionados con el embarazo en la adolescencia y el afrontamiento defensivo. Los riesgos relacionados con el embarazo se refieren a la falta de madurez física, psicológica y emocional que tiene la adolescente y que la expone a mayores complicaciones en el embarazo; incluye la incertidumbre del embarazo, incertidumbre del bienestar propio y del bebé y el estrés de los síntomas relacionados con el embarazo. La incertidumbre del embarazo, se refiere a las dudas y preocupaciones de la adolescente para enfrentar, manejar o aceptar su embarazo. La incertidumbre del bienestar propio y del bebé, son las dudas y preocupaciones de la adolescente de la posibilidad de un futuro incierto para ella y su hijo. El estrés de los síntomas relacionados con el embarazo, se refiere a las molestias que le causan los síntomas del embarazo a la adolescente. Se deduce que los factores de riesgo relacionados con el embarazo en la adolescencia tienen una influencia positiva con el afrontamiento defensivo y una influencia negativa ante el factor resultado.

El riesgo individual incluye el afrontamiento defensivo durante el embarazo, el cual se refiere a la negación del adolescente de aceptar su embarazo o de realizar los cuidados de atención del embarazo de manera oportuna y adecuada, como un medio defensivo para no afrontar la situación actual. Incluye estrategias de evasión, fatalistas y emotivas, que le impiden identificar el riesgo y tomar decisiones para el cuidado del

embarazo. Este factor podría tener influencia negativa ante los factores de protección familiar, social e individual durante el embarazo y con el factor resultado.

Los factores de protección son aquellos que favorecen la conducta resiliente y se dividen en familiar, social e individual durante el embarazo. Los factores de protección familiar durante el embarazo se refieren a los componentes que dan protección y se pueden encontrar dentro y fuera de la familia; se incluye la relación con la madre y el apoyo familiar. La relación con la madre se define como el apoyo y afecto de la madre de la adolescente, que le proporciona aceptación, buena comunicación y acompañamiento durante su embarazo. El apoyo familiar, se define como la presencia y afecto de una red familiar fuerte, conformada por familiares con o sin lazos consanguíneos y que le brinda apoyo emocional y económico a la adolescente embarazada. Los factores de protección familiar podrían tener influencia negativa con el afrontamiento defensivo e influencia positiva con los factores de protección individual durante el embarazo y con el factor resultado.

Los factores de protección social durante el embarazo se refieren a la percepción de apoyo del entorno social de la adolescente, incluyendo el apoyo social y apoyo de la pareja durante el embarazo. El apoyo social, se refiere a la percepción de aceptación y apoyo de amigos, la influencia positiva de otras adolescentes embarazadas, el apoyo y motivación de sobresalir en escuela y/o trabajo; además del fácil acceso a la atención médica y la participación de la adolescente para el cuidado de su embarazo. El apoyo de la pareja, se refiere al apoyo moral y económico de su pareja, incluyendo el acompañamiento y participación en el cuidado del embarazo. Los factores de protección social durante el embarazo podrían tener influencia positiva con los factores de protección individual durante el embarazo y con el factor resultado.

Los factores de protección individual durante el embarazo son los recursos que posee la adolescente para afrontar y realizar el cuidado de su embarazo. Los factores que se incluyen en éste rubro son, el afrontamiento positivo al embarazo, significado

positivo del embarazo y la autoestima. El afrontamiento positivo al embarazo, se refiere a los comportamientos que realiza la adolescente para enfrentar su embarazo y que favorecen el cuidado del mismo, gracias al soporte y fuerza interna que posee. Incluye la preparación del embarazo y orar durante el embarazo. La preparación del embarazo, son los comportamientos de la adolescente para adquirir mayores conocimientos y fuerza interna para realizar los cuidados del embarazo. Orar durante el embarazo, es la acción de pedir a un ser supremo fortaleza para realizar los cuidados del embarazo y por el bienestar propio y de su hijo.

El significado positivo del embarazo son los sentimientos y creencias que tiene la adolescente para ver el embarazo como un acontecimiento positivo, del cual tienen grandes esperanzas y expectativas, que van de acuerdo con sus perspectivas espirituales. El significado positivo del embarazo incluye la interpretación del embarazo y la aceptación del embarazo. La interpretación del embarazo es la idea personal y las expectativas positivas que tiene la adolescente de su embarazo. La aceptación del embarazo, es el sentimiento de aprobación de su embarazo, al cumplir con sus esperanzas y expectativas personales. La autoestima, se refiere a la percepción positiva de la adolescente de sí misma, para realizar el cuidado de su embarazo. Los factores de protección individual podrían estar influenciados de forma negativa por el afrontamiento defensivo, e influenciados positivamente por los factores de protección familiar y social; además podrían tener influencia positiva con el factor resultado.

Se plantea que el factor resultado es la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes, la cual se define como el proceso de identificación y desarrollo de recursos por parte de la adolescente para realizar el cuidado de su embarazo. Este factor podría estar influenciado negativamente por los factores de riesgo relacionados con el embarazo en la adolescencia y el afrontamiento defensivo durante el embarazo; así mismo, está influenciado positivamente por los factores protectores familiar, social e individual (ver figura 8).

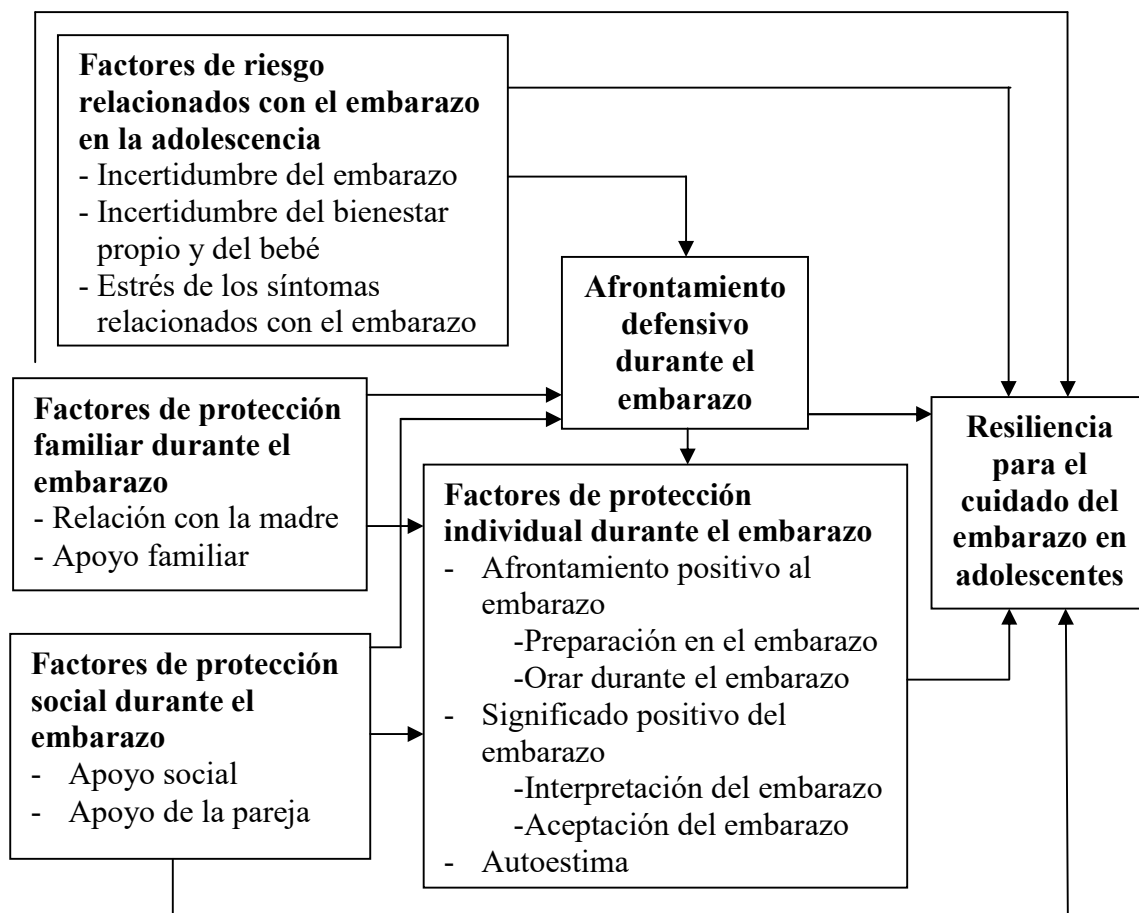


Figura 8. Propuesta del modelo de resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes (MORCEA).

El Modelo de resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes, parte de los siguientes supuestos:

1. Los factores de riesgo relacionados con el embarazo en la adolescencia influyen en el afrontamiento defensivo durante el embarazo.
2. Los factores de riesgo relacionados con el embarazo en la adolescencia influyen en la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes.
3. El afrontamiento defensivo durante el embarazo influye en los factores de protección individual durante el embarazo.
4. El afrontamiento defensivo durante el embarazo influyen en la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes.

5. Los factores de protección familiar durante el embarazo influyen en el afrontamiento defensivo durante el embarazo.
6. El factor de protección familiar durante el embarazo influye en los factores de protección individual durante el embarazo.
7. El factor de protección familiar durante el embarazo influye en la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes.
8. Los factores de protección social durante el embarazo influyen en el afrontamiento defensivo durante el embarazo.
9. Los factores de protección social durante el embarazo influyen en los factores de protección individual durante el embarazo.
10. Los factores de protección social durante el embarazo influyen en la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes.
11. Los factores de protección individual durante el embarazo influye en la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes.

Estudios relacionados

A continuación se presentan los estudios relacionados de acuerdo a las variables a estudiar: los factores de riesgo relacionados con el embarazo en la adolescencia (incertidumbre del embarazo, incertidumbre del bienestar propio y del bebé, estrés de los síntomas relacionados con el embarazo) y el afrontamiento defensivo durante el embarazo; factores de protección familiar (relación con la madre y apoyo familiar); social (el apoyo social y el apoyo de la pareja) e individual (el afrontamiento positivo al embarazo, significado positivo del embarazo y autoestima); y el factor resultado (resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes).

Factores de riesgo relacionados con el embarazo en la adolescencia.

Incetidumbre del embarazo.

Dalton (2014) realizó un estudio cualitativo con el objetivo de describir el significado de la incertidumbre de la adolescente embarazada. La muestra se conformó

por 10 adolescentes embarazadas de 10 a 18 años. Reportaron que las adolescentes tienen dificultades para asignar significado a sus embarazos cuando se encuentran con personas, situaciones y eventos que no pueden controlar. Por lo tanto, la incertidumbre en el embarazo adolescente generalmente representa una falta de control. Las adolescentes presentan incertidumbre, en su intento de evitar, manejar, o aceptar su embarazo. Se reporta que la incertidumbre se reduce al tratar de recuperar el control sobre los eventos de salud, reacciones de la gente, la difusión de la noticia, el sexo del bebé, el escenario del nacimiento, el papá del bebé, y otros aspectos del embarazo.

Handley (2012) realizó un estudio de tipo descriptivo correlacional, con el propósito de explorar la ansiedad, depresión e incertidumbre que ocurre en mujeres durante el primer trimestre de su embarazo. La muestra se conformó por 125 mujeres de 18 a 40 años de edad (\bar{X} = 22.80 años). La muestra total presentó un promedio de incertidumbre de 72.47 (DE =14.83) y se concluye que la principal razón es el área de residencia, al dificultarse el traslado a los centros de salud.

Peñacoba-Puente, Carmona y Marín (2011) realizaron un estudio con el objetivo de identificar las preocupaciones del embarazo en las mujeres, clasificándolas por el grado de intensidad de las preocupaciones y cómo cambian en el transcurso del embarazo. Participaron 285 mujeres en el primer y tercer trimestre de embarazo y se utilizó el instrumento Cambridge Worry Scale. Se reporta que la principal preocupación en los dos tiempos de evaluación fue "la posibilidad de perder el bebé", aunque fue menor en el tercer trimestre de embarazo, con una diferencia estadísticamente significativa ($t=7.883$, $p<.001$, $d=.706$).

Petersen, Paulitsch, Guethlin, Genischen y Jahn (2009), realizaron un estudio cuyo objetivo fue conocer las preocupaciones de las embarazadas, en donde participaron 344 embarazada. Reportaron que las principales preocupaciones de las embarazadas son la posibilidad de perder al bebé, el enfrentarse a un nuevo bebé e ir al hospital. Además se reporta moderada relación significativa con la ansiedad ($r=.60$, $p<.05$).

Incertidumbre del bienestar propio y de bebé.

Armengol, García-Dié y Chamarro (2007) aplicaron el cuestionario de evaluación prenatal en 291 mujeres embarazadas de 17 a 42 años de edad. Los resultados mostraron una mayor aceptación del embarazo en las primigestas ($F=4.85$; $p=.02$) y se observó mayor preocupación por el bienestar propio y del bebé ($F=8.03$; $p<.05$) y una mejor preparación general al parto y la maternidad.

Estrés de los síntomas relacionados con el embarazo.

Muñoz y Oliva (2009) realizaron un estudio con el objetivo de identificar los factores de apoyo y estrés psicosocial en adolescentes embarazadas. Reportando una asociación entre estos factores psicosociales y la presencia y/o ausencia de síndrome hipertensivo del embarazo (SHE), además del síntoma de parto prematuro (SPP) en 146 púerperas adolescentes ($\bar{X}=17 \pm 1.40$ años). Se reporta que las adolescentes presentaron SPP en el 61.60% de los casos y SHE en el 36.90%. Los principales estresores psicosociales fueron los problemas económicos (OR: 2.46 [1.20-5.80]), agresión psicológica familiar (OR: 4.65 [1.99-11.30]), evento estresante o depresión (OR: 2.84 [1.36-5.98]). Concluyendo que los estresores psicosociales se asocian a la presencia de SHE y SPP. El apoyo familiar es un factor protector de estas patologías.

Fenucci, Fernández, González, Malisani, Pomata, Rey et al. (2008) realizaron un estudio con el objetivo de realizar un programa para fortalecer la capacitación de los docentes, padres y alumnos, a fin de mejorar la salud integral de los adolescentes. Participaron 6718 mujeres mayores de 21 años y 463 adolescentes menores de 18 años. Al comparar ambos grupos, se reporta que las adolescentes presentaron preeclampsia con mayor frecuencia ($p=.02$).

Afrontamiento defensivo durante el embarazo.

Della (2006) realizó un estudio en donde se planteó el objetivo de describir las estrategias de afrontamiento que utilizan las adolescentes embarazadas para compararlas con los mecanismos utilizados por jóvenes no embarazadas. La muestra se conformó por

300 adolescentes de 13 a 18 años; de las cuales 100 estaban embarazadas (\bar{X} =16.55 años de edad), 100 no embarazadas (\bar{X} =15.86 años de edad) y 100 adolescentes que ya tenían hijos. Se reporta que las subescalas que muestran diferencias significativas entre las medias a favor del grupo de embarazadas son: hacerse ilusiones ($t=6.42, p<.001$), falta de afrontamiento ($t=4.49, p<.001$), autoinculparse ($t=2.98, p=.003$) y buscar apoyo profesional ($t=2.80, p=.006$).

En su estudio, Guarino (2013) determinó las posibles relaciones entre la sensibilidad egocéntrica y los estilos de afrontamiento al embarazo con la salud y calidad de vida percibidas en mujeres embarazadas. La muestra estuvo formada por 94 mujeres embarazadas venezolanas en el primer trimestre, de 16 a 43 años de edad. Se reporta que las formas de afrontamiento más utilizadas fueron el uso de la oración ó reza (\bar{X} =2.45) y la interpretación positiva (\bar{X} =2.34). Se correlacionaron las cuatro subescalas del instrumento Inventario de Afrontamiento prenatal con el Inventario de síntomas físicos, reportando una correlación positiva ($r=.37$) entre la subescala de evitación y los síntomas físicos, esto significa que el uso de la evitación se asocia con un mayor reporte de síntomas físicos y psicológicos; un menor reporte de síntomas físicos se asocia con el uso de la interpretación positiva como forma de afrontamiento al estrés asociado al embarazo ($r=-.15$) y con la forma de afrontamiento de reza ($r=-.10$).

Factores de protección familiar durante el embarazo.

Relación con la madre.

Nieves, Hernández, Chávez, Díaz, Guevara y Lucas (2014) determinaron la función familiar, comunicación y conflicto con la adolescente embarazada. En el estudio participaron 25 adolescentes embarazadas de 10 a 19 años de edad; se reporta que el 64% de las adolescentes viven en familia tipo nuclear y el 88% tiene una familia funcional. La comunicación de la adolescente embarazada con su padre fue buena en el 56.40% y con la madre en el 87.60% de los casos. Las decisiones eran tomadas por el adolescente en el 80% de los casos sin tomar en cuenta a los padres.

Lavielle-Sotomayor, Jimenez-Valdez, Vázquez-Rodríguez, Aguirre-García, Castillo-Trejo y Vega-Mendoza (2014) evaluaron las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes y su relación con las características de la familia, tales como estructura, tipo de dinámica familiar y la satisfacción con la familia. Participaron 909 adolescentes de 14 a 19 años ($\bar{X}=16.07$). Se reporta que el 74.10% de los adolescentes indicó sentirse satisfecho con su familia, 39.80% señalo que existía una comunicación apropiada entre los miembros de su familia y el 40% tenían una expresión funcional del afecto. El inicio de vida sexual estuvo relacionado significativamente con el grado de satisfacción con su familia ($p=.017$) y con la expresión del afecto dentro del núcleo familiar ($p=.025$). El embarazo no planeado fue más frecuente en los adolescentes pertenecientes a familias extensas con una expresión disfuncional del afecto ($p<.05$).

Alarcon, Coello, Cabrera y Monier (2009) estudiaron los aspectos de la vida familiar y personal de 25 adolescentes embarazadas menores de 20 años y de 75 adolescentes que no se embarazaron. Se reporta que las adolescentes cuya familia le brindó una educación inadecuada (no existen relaciones armónicas entre padres e hijos en una atmosfera de solidaridad y respeto en el seno familiar) tiene 5.65 veces más probabilidades de concebir un embarazo en edades tempranas de la vida a diferencia de las que reciben una educación adecuada de sus padres. Las adolescentes que no reciben apoyo espiritual y económico de la pareja tienen 18 veces mayor probabilidad de concebir un embarazo que las que sí lo reciben.

Apoyo familiar.

Rangel, Valerio, Patiño y García (2004) determinaron el grado de funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas, aplicando el Apgar familiar a 364 embarazadas entre 12 y 19 años de edad. Se reportó que el 40% tiene estudios de primaria, casadas 85%, amas de casa 77%, primigestas 78%. Disfunción familiar moderada se encontró 27%, severa 6% y normal en 67%. Concluyendo que la funcionalidad familiar de las embarazadas adolescentes se encuentra alterada en el 33% de los casos, debido a que no

tienen una madurez emocional, no reciben el apoyo y el cariño por parte de su familia de origen, lo que obliga a tomar la decisión de unirse a una pareja.

Martínez y Romano (2009) realizaron un estudio con el objetivo de determinar los niveles de depresión en adolescentes embarazadas dependiendo de la edad en que se embarazaron y el apoyo recibido de familiares y amigos. La muestra estuvo conformada por 100 mujeres: 50 adolescentes embarazadas menores de 18 años y 50 mujeres adultas mayores de 18 años de edad. Reportan que el 63% señaló haber contado con apoyo de su pareja, 85% recibía apoyo de su madre, 6.30% apoyo de su padre y 5% de sus hermanos. El 3.80% de las adolescentes mencionó que no recibió algún tipo de apoyo. Con respecto a la red de apoyo familiar, se reportó que el 91.30% era adecuada, 5% escasa y 3.80% inexistente.

Climent (2009) estudió de manera cualitativa la relación de los estilos parentales educativos, la calidad de las relaciones familiares y el significado del embarazo en la adolescencia en el marco de la socialización de género. Entrevistó a 40 adolescentes embarazadas entre 14 y 19 años de edad y a sus respectivas madres. Se reportó que las adolescentes fueron educadas bajo los siguientes cuatro estilos de disciplina familiar: 1) democrático: seis adolescentes; 2) permisivo: diez adolescentes; 3) autoritario: trece adolescentes; 4) negligente-autoritario (despótico): once adolescentes. El autor concluye que en algunas ocasiones los embarazos pueden ser escuchados como voces que hablan de ideales y proyectos de las adolescentes; también de auto-reproches por no haberse cuidado. En ocasiones, los embarazos hablan de silencios, omisiones y prohibiciones de los adultos en torno a la sexualidad y de sus temores a un embarazo que finalmente termina ocurriendo. En otros casos los embarazos pueden escucharse como gritos de las adolescentes que ven vulnerados sus derechos a ser protegidas y queridas, a estudiar, a tener educación sexual y a cuidar su salud. En las familias con autoridad más restrictiva y con relaciones familiares más conflictivas es donde hay situaciones más preocupantes.

Munares-García (2013) realizó un estudio con el objetivo de analizar factores asociados al abandono del control prenatal. Participaron 328 gestantes que acudieron a control prenatal en un hospital de Perú, dividiéndolas en dos grupos, con y sin abandono del control prenatal. No se reportó asociación para el control prenatal, no tener trabajo, tener primaria incompleta, poco apoyo de la pareja, ser soltera sin pareja estable, embarazo no planificado y poco apoyo de la familia.

Factores de protección social durante el embarazo.

Apoyo social.

Acosta-Varela y Cárdenas-Ayala (2012) compararon adolescentes embarazadas de 15 a 19 años de edad, con adolescentes del mismo grupo de edad con vida sexual activa no embarazadas. Se reportó una asociación entre el embarazo y la escolaridad ($RM=2.66$, $IC\ 95\%=.97-7.29$); y una asociación entre embarazo y no contar con acceso a servicios de salud ($RM=2.23$, $IC\ 95\%=.96-5.18$). Se concluye que las barreras socioculturales están asociadas con el embarazo durante la adolescencia.

Osorio y Hernández (2011) realizaron un estudio con el objetivo de determinar la relación entre embarazo adolescente y deserción escolar. Participaron 112,470 mujeres estudiantes de 15 a 18 años de edad, encontrando 605 embarazadas, en 180 instituciones educativas de Colombia. Se reporta que 24.60% desertaron de su institución educativa. Infiriendo que de las adolescentes embarazadas de 16 a 18 años de edad, desertaron significativamente menos ($p<.05$) que aquellas entre 12 y 15 años, y que a menor grado escolar alcanzado al momento de embarazarse, mayor posibilidad de desertar ($p<.01$), siendo este el elemento clave como factor de riesgo. Los autores concluyeron que la deserción estudiantil podría corresponder a presión familiar, embarazos de alto riesgo sin tratamiento adecuado, presión social de sus compañeros, amigos, docentes o vecinos.

Por otra parte, Jiménez, Peralta, Hinojosa, García, Castillo y Miranda (2012) realizaron un estudio cuyo objetivo fue los beneficios y barreras del control prenatal percibidos por la adolescente embarazada. En donde participaron 120 adolescentes entre

13 y 19 años que acudieron a consulta de un hospital de Tamaulipas. Reportaron una relación negativa entre las actitudes negativas del embarazo y control prenatal con los beneficios del control prenatal percibidos por las adolescentes ($r=-.204$; $p=.05$), por lo tanto, a mayores actitudes negativas, menores son los beneficios percibidos. Se concluye que a mayores actitudes negativas, mayor es el apoyo social percibido ($r=.304$; $p=.003$). A mayores beneficios percibidos del control prenatal, menor es el apoyo social percibido ($r=.255$; $p=.014$).

Apoyo de la pareja.

Moya-Plata, Guiza-Salazar y Mora-Merchán (2010) realizaron un estudio con el objetivo de identificar aspectos sociodemográficos, barreras de acceso y adherencia para el ingreso temprano al control prenatal. Participaron 160 expedientes de gestantes que asistieron al control prenatal. Las mujeres embarazadas presentaron una mediana de edad de 24 años (14 a 40 años). Reportaron que 48% acudieron acompañadas por su pareja; el 81% inició el control prenatal en el primer trimestre de embarazo. Los autores concluyen que el acompañamiento de la pareja en el proceso de gestación puede favorecer su adecuado curso.

Prías-Venegas y Miranda-Mellado (2009) se plantearon como objetivo describir e interpretar las experiencias relacionadas con los sentimientos e ideas experimentados por las adolescentes al conocer su estado de embarazo. En su estudio participaron 22 adolescentes menores de 19 años que asistían a control prenatal y se reportó que el embarazo genera en la mayoría de las adolescentes, sentimientos de miedo, tristeza, dolor, sufrimiento, culpa, vergüenza, decepción, frustración y baja autoestima, enfrentar una realidad difícil de aceptar y al no saber cómo darla a conocer a sus padres y demás personas importantes para ella. Sin embargo, las adolescentes que contaban con el apoyo y estabilidad de la relación con su compañero y el respaldo recibido por su familia, experimentaron sentimientos de felicidad y alegría, con deseos y expectativas de tener a su hijo, con ilusiones y sueños relacionados con el bebé.

Factores de protección individual durante el embarazo.

Afrontamiento positivo al embarazo.

Molina, Luengo, Sandoval, González y Molina (1998), determinaron los factores de riesgo del embarazo, parto y recién nacido en adolescentes embarazadas. En el estudio participaron 652 adolescentes embarazadas con y sin morbilidad durante el período prenatal, parto, puerperio y recién nacido. Reportaron que las características personales significativas asociadas al riesgo de morbilidad en el embarazo fueron, la actitud indiferente al inicio del embarazo ($RR = 2.11$; $p < .05$); actitud indiferente al final del embarazo ($RR = 1.32$; $p < .05$) y nivel escolar entre primero y cuarto grado ($R = 1.73$; $p < .05$). Se reporta además que la actitud positiva ante el embarazo se considera un factor protector ($\beta = -.90$; $p < .05$).

Significado positivo del embarazo.

Rendón (2012) realizó un estudio cualitativo para describir el significado de las prácticas de cuidado cultural que realizan consigo mismas y su hijo por nacer, un grupo de gestantes a partir de sus experiencias, creencias y prácticas. En éste estudio participaron 10 embarazadas de 20 a 33 años de edad con promedio de 29 semanas de gestación. Se reporta que las prácticas de cuidado de las gestantes están orientadas y tienen gran significado hacia la protección de su hijo por nacer, algunas, dependen de los conocimientos o las experiencias transmitidas por su madre y otros familiares, además de los cuidados enseñados por los profesionales de salud, encaminadas a fortalecer factores protectores presentes en la gestación que favorecen el desarrollo del hijo por nacer, o a modificar algunos factores de riesgo, que pueden alterar el curso de la misma y dificultar el trabajo del parto y el nacimiento. La espiritualidad como apoyo da significado a la vida y al periodo de gestación estrechando el vínculo de la madre con su hijo por nacer, por esto se encomienda a Dios pidiéndole protección para ella y su hijo. La fé la evidencian a través de la oración donde involucran a la familia, fortaleciendo ese lazo de unión entre ellos. El significado que le dan a las prácticas relacionadas con

su propio cuidado, está representado por el desarrollo de actividades que se constituyen en garantía de protección para el desarrollo de su gestación y el parto, representado en las acciones dirigidas a la preparación del cuerpo, alimentarse bien, al cuidado de la piel, a promover el descanso y la comodidad, y al uso de plantas para disminuir el dolor y ayudar en el trabajo de parto.

Oviedo y García (2011) realizaron un estudio cualitativo cuyo objetivo fue proponer que el embarazo en la adolescencia es una impostura en la subjetividad femenina. La muestra se conformó por mujeres de 15 a 40 años, que habían estado embarazadas entre los 14 y 17 años. Reportando que el embarazo no ocurre como un suceso accidental o indeseado, sino que la adolescente tiene el deseo de un hijo como aspiración y requisito para construir una vida propia. Esta aspiración y deseo se fundamentan en una carencia que se expresa como un sentimiento de soledad y privación de afecto. Esperando que el hijo llene ese vacío. El embarazo y la perspectiva de ser madre se reconoce como una experiencia placentera, ante la precariedad y la carencia vivida, el ser madre llena una vida monótona y poco estimulante.

Autoestima.

Ceballos, Camargo, Jiménez y Requena (2011) en su estudio, se plantearon el objetivo de determinar el nivel de autoestima y los factores sociodemográficos en adolescentes embarazadas. La muestra se conformó por 22 adolescentes entre 11 y 18 años de edad pertenecientes a una ciudad de Colombia. Se reporta que en base a la aplicación de la Escala de Autoestima de Rosenberg, el 31.82% presentó autoestima baja, el 59.09% reflejó autoestima normal y el 9.09% mostró autoestima alta.

Gutiérrez, Pascacio, De la Cruz, y Carrasco (2002) estudiaron la situación socio familiar y nivel de autoestima de la madre adolescente, en una muestra de 267 adolescentes con una edad promedio de 17 años. Reportaron que el 84% se dedican a labores del hogar y solo el 18% acudió a control prenatal, 62% pertenecen a familias nucleares, 44% de las adolescentes viven con su pareja. El 54% de las participantes

mostró que su nivel de autoestima es correcto y suele estar contenta consigo misma; el 46% tiene una autoestima narcista, se valora en exceso y se interesa sólo en su persona.

Baeza, Poo, Vásquez, Muñoz, y Vallejos (2007) identificaron los factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la novena región en Chile. Los autores reportan que las adolescentes tienen una baja autoestima, expresado por temor al rechazo de las amistades y miedo a perder la pareja frente a la negación de tener relaciones sexuales o utilizar métodos anticonceptivos. Los factores de riesgo identificados en el aspecto individual para un embarazo no deseado son el amor romántico, no uso de métodos anticonceptivos, baja autoestima, irresponsabilidad masculina y falta de conocimiento en sexualidad; en la dimensión familiar destacan el límite estrecho familiar (permisos muy restringidos) y negligencia paterna (ausencia de límites). Como factores protectores para un embarazo no deseado en adolescentes, se identificaron los siguientes: capacidad reflexiva y el proyecto de vida, familia cuidadora y límites claros; en el aspecto social se menciona la sanción social, refiriéndose a la discriminación social percibida por parte de la adolescente embarazada.

Resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes.

Ramírez-Aranda, Gómez-Gómez, Villarreal-Pérez, García-Elizondo, Rodríguez-Rodríguez, Rosas-Herrera et al. (2013) realizaron un estudio con el objetivo de determinar la magnitud y la interrelación de los factores de riesgo y de protección para embarazo en adolescentes mexicanas. La muestra se conformó por 494 primigestas de dos hospitales de los Servicios de Salud de Nuevo León y 494 adolescentes no embarazadas de la misma comunidad. Se reporta que las mayoría de las mujeres no embarazadas son estudiantes (76.70% vs. 4.90%; $p < .01$), tienen proyecto de vida, pertenecen a una religión, participan en actividades extraescolares y poseen mayor información sexual; además, provienen de familias nucleares con reglas familiares establecidas ($RM = .53$; $IC\ 95\% = .42-.83$). Estableciendo que éstos son los factores independientes que representan protección para el embarazo.

Panduro, Jiménez, Pérez, Panduro, Peraza y Quezada (2012) determinaron las complicaciones materno-perinatales del embarazo en adolescentes e identificaron los factores socioculturales durante la adolescencia. La muestra se conformó en el grupo de casos por 550 puérperas adolescentes menores de 18 años de edad y el grupo control por 550 puérperas de 20 a 30 años de edad. Reportaron que 56.50% de las adolescentes no planearon su embarazo, presentando una diferencia significativa con las mujeres adultas. Las complicaciones más frecuentes en el embarazo del grupo de las adolescentes, fueron la rotura prematura de membranas (razón de momios 1.93 [1.39-2.9]) y la amenaza de parto pre-término (1.71 [1.21-2.41]). Se concluye que los resultados son muy similares entre las adolescentes y las mujeres adultas respecto a las complicaciones en el momento del embarazo y parto, sin embargo, resaltan los datos sociodemográficos, mostrando que la mayoría de las adolescentes no planean su embarazo, no están estudiando, tienen una educación básica incompleta y acuden poco al control prenatal.

Fuentes, Medina y Borja (2008) realizaron un estudio con el objetivo de identificar las características resilientes para conocer los recursos de que disponen los jóvenes para enfrentar las adversidades de la vida desde un punto de vista positivo. La muestra se conformó por 200 adolescentes de 14 a 18 años de edad. Reportando que en comparación con los hombres, las mujeres adolescentes cuentan con personas en quienes confían ($t=3.68$; $p<.001$), les dan apoyo ($t=2.52$; $p=.012$), enseñan a desenvolverse solas ($t=3.15$; $p=.002$) y tienen autoestima ($t=2.13$; $p=.034$).

Córdoba, Escobar y Guzmán (2012) determinaron los factores asociados con la inasistencia al control prenatal durante el primer trimestre. La muestra se conformó por 288 gestantes, de las cuales 149 (51.70%) iniciaron el control prenatal en el primer trimestre de gestación, formando el grupo de controles; mientras que 139 (48.30%) lo hicieron después del primer trimestre, constituyendo el grupo de casos. Las participantes tenían entre 14 y 45 años de edad, en donde el 29.10% eran adolescentes menores de 20 años, siendo ésta diferencia significativa ($OR=1.94$; $IC\ 95\%=1.09-3.29$; $p=.015$). Se

reporta que el nivel educativo superior a primaria es un factor protector estadísticamente significativo ($OR=1.85$; IC 95%=1.05-3.14; $p=.015$).

Arispe, Salgado, Tang, González y Rojas (2011) estudiaron la frecuencia de pacientes con control prenatal (CPN) inadecuado y los factores asociados a dicho evento. La muestra estuvo conformada por 384 púerperas con edad promedio de 26.40 años, siendo el 18.20% adolescentes de 15 a 19 años. Reportan que el 37.80% tuvo su primer CPN antes de las 12 semanas. Los factores que se presentaron con mayor frecuencia en el grupo de CPN inadecuado fueron paridad mayor a dos ($p=.02$) y no planificación de la gestación ($p=.003$). Las pacientes que planificaron su embarazo tuvieron con mayor frecuencia más de seis controles prenatales ($p=.003$).

Sandoval, Mondragón y Ortiz (2007) identificaron las complicaciones materno perinatales del embarazo en adolescentes y las compararon con un grupo control de gestantes adultas. La muestra se conformó por 162 púerperas adolescentes de 10 a 19 años de edad y un grupo control constituido por 162 mujeres púerperas de 20 a 29 años de edad. Se reportó que el 61.20% de las participantes no tenían secundaria completa y el 8.60% eran estudiantes. Las adolescentes tuvieron menos controles prenatales que las adultas, 83% frente a 89%, pero sin diferencia estadísticamente significativa.

Síntesis de estudios relacionados.

En la literatura revisada, se encontró que los factores de riesgo relacionados con el embarazo en la adolescencia son la incertidumbre del embarazo, incertidumbre por el bienestar propio y del bebé y el estrés de los síntomas relacionados con el embarazo. Se encontró evidencia científica que demuestra la existencia de incertidumbre durante el embarazo, principalmente como una falta de control; por lo tanto, las principales causas de incertidumbre son la posibilidad de perder al bebé, al enfrentar su embarazo, afrontarse a un nuevo bebé, difundir la noticia del mismo y las reacciones de la gente, además de ir al hospital y el escenario del nacimiento. Se ha encontrado relación entre la incertidumbre con el significado del embarazo. Se reporta que las primigestas tienen

mayor preocupación por el bienestar propio y del bebé. Respecto al estrés de los síntomas relacionados con el embarazo, se reporta que las adolescentes presentan con mayor frecuencia de síndrome hipertensivo del embarazo, síntomas de parto prematuro y preeclampsia. Sin embargo, no se encontró evidencia empírica que explique con claridad el estrés generado por estos síntomas.

En cuanto al afrontamiento defensivo durante el embarazo, se encontró que las principales actividades que realiza la adolescente para afrontar su embarazo son: hacerse ilusiones, auto-inculparse, buscar apoyo profesional. Se ha asociado el tipo de afrontamiento defensivo con el reporte de síntomas físicos y psicológicos; influyendo esto en las decisiones que toma la adolescente respecto al cuidado de su embarazo.

Los factores de protección familiar durante el embarazo, incluyen la relación con la madre y el apoyo familiar. Respecto a la relación con la madre, en la mayoría de los casos, el apoyo y comunicación entre la adolescente y su madre es buena. En la literatura relacionada, se encontraron contradicciones en cuanto al apoyo familiar brindado a la adolescente durante su embarazo. Sin embargo, se ha reportado relación entre el tipo de familia a la que pertenecen las adolescentes con el apoyo de la madre, la planeación del embarazo y con el inicio de vida sexual activa. Al respecto, las adolescentes que viven en familias en donde no se percibe el apoyo de su madre, una buena atmósfera familiar, ni comunicación con sus padres, tienen mayores posibilidades de embarazarse en edades tempranas. El embarazo no planeado fue más frecuente en los adolescentes que viven en familias extensas con una expresión disfuncional de afecto. El inicio de vida sexual se relacionó con el grado de satisfacción y expresión de afecto.

Los factores de protección social durante el embarazo, incluyen el apoyo social y el apoyo de la pareja. Se encontró relación entre el apoyo social y la escolaridad; en donde a menor grado escolar alcanzado al momento de embarazarse, mayor posibilidad de desertar. Se encontró que el apoyo percibido por parte de la pareja y además de su acompañamiento, favorece el adecuado curso y cuidados del embarazo.

Los factores de protección individual incluyen el afrontamiento positivo al embarazo (preparación en el embarazo y orar durante el embarazo), significado positivo del embarazo (interpretación del embarazo y aceptación del embarazo) y la autoestima. En relación con la preparación en el embarazo, se reporta que cuando la adolescente se prepara, tiene una actitud positiva, la cual es considerada como un factor protector durante el embarazo, ya que una actitud indiferente se asocia con el riesgo de morbilidad. En cuanto a la oración durante el embarazo, la espiritualidad da significado a la vida y al periodo de gestación estrechando el vínculo de la madre con su hijo por nacer, por esto la adolescente reza y se encomienda a Dios pidiéndole protección para ella y su hijo.

Respecto a la interpretación del embarazo, se reporta que el cuidado del embarazo que realizan las adolescentes está asociado con el significado que se le brinda al embarazo y está orientado hacia la protección de su hijo por nacer. En cuanto a la aceptación del embarazo, se encontró que las adolescentes tienen dificultades para asignar significado a sus embarazos cuando se encuentran con personas, situaciones y eventos que no pueden controlar; por lo tanto, es difícil aceptarlo, pero frecuentemente logran hacerlo. Respecto a la autoestima durante el embarazo, se reporta que la mayoría de las adolescentes embarazadas tienen una autoestima normal y se relaciona con el cuidado del embarazo.

Se encontró evidencia científica que permite establecer que el apoyo familiar, la espiritualidad, la educación y la planeación del embarazo se relacionan con la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes. Las adolescentes que cuentan con personas en quien confiar y las apoyan, además de la autoestima, se consideran características resilientes que se asocian de manera positiva con el embarazo en esta etapa de su vida.

Objetivos

Objetivo general.

Determinar la capacidad explicativa del modelo de resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes.

Objetivos específicos.

1. Determinar la relación entre los factores de riesgo relacionados con el embarazo en la adolescencia (incertidumbre del embarazo, incertidumbre del bienestar propio y del bebé y estrés de los síntomas relacionados con el embarazo) y la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes.
2. Determinar la asociación entre los factores de riesgo relacionados con el embarazo en la adolescencia (incertidumbre del embarazo, incertidumbre del bienestar propio y del bebé y estrés de los síntomas relacionados con el embarazo) y el afrontamiento defensivo durante el embarazo.
3. Determinar la relación entre el afrontamiento defensivo durante el embarazo y la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes.
4. Establecer el efecto mediador del afrontamiento defensivo durante el embarazo, en la relación entre los factores de riesgo relacionados con el embarazo en la adolescencia y la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes.
5. Determinar la relación entre los factores de protección familiar durante el embarazo (relación con la madre y apoyo familiar) y la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes.
6. Medir la asociación entre los factores de protección familiar durante el embarazo (relación con la madre y apoyo familiar) y el afrontamiento defensivo durante el embarazo.
7. Establecer el efecto mediador del afrontamiento defensivo durante el embarazo entre los factores de protección familiar durante el embarazo (relación con la madre y apoyo familiar) y la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes.

8. Observar la asociación entre los factores de protección social durante el embarazo (apoyo social y apoyo de la pareja) y la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes.
9. Determinar la relación entre los factores de protección social durante el embarazo (apoyo social y apoyo de la pareja) y el afrontamiento defensivo durante el embarazo.
10. Establecer el efecto mediador del afrontamiento defensivo durante el embarazo, entre los factores de protección social durante el embarazo (apoyo social y apoyo de la pareja) y la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes.
11. Determinar la relación de los factores de protección individual durante el embarazo (preparación en el embarazo, orar durante el embarazo, interpretación del embarazo, aceptación del embarazo y autoestima) y la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes.
12. Observar la relación que existe entre los factores de protección familiar durante el embarazo (la relación con la madre y el apoyo familiar) y los factores de protección individual durante el embarazo (la preparación en el embarazo, orar durante el embarazo, la interpretación del embarazo, la aceptación del embarazo y la autoestima).
13. Establecer el efecto mediador de los factores de protección individual durante el embarazo (preparación en el embarazo, orar durante el embarazo, interpretación del embarazo, aceptación del embarazo y autoestima) en la relación de los factores de protección familiar durante el embarazo (relación con la madre y apoyo familiar) y la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes.
14. Determinar la asociación entre los factores de protección social durante el embarazo (apoyo social y apoyo de la pareja) y los factores de protección individual durante el embarazo (preparación en el embarazo, orar durante el embarazo, interpretación del embarazo, aceptación del embarazo y autoestima).

15. Establecer el efecto mediador de los factores de protección individual durante el embarazo (preparación en el embarazo, orar durante el embarazo, interpretación del embarazo, aceptación del embarazo y autoestima), en la relación entre los factores de protección social durante el embarazo (apoyo social y apoyo de la pareja) y la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes.
16. Determinar la influencia de los factores de protección familiar, los factores de protección social y los factores de protección individual durante el embarazo, en la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes.

Definición de términos

Factores de riesgo relacionados con el embarazo en la adolescencia. Es la falta de madurez física, psicológica y emocional que tiene la adolescente y que la expone a mayores complicaciones en el embarazo. Incluye la incertidumbre del embarazo, incertidumbre del bienestar propio y del bebé y el estrés de los síntomas relacionados con el embarazo.

Incetidumbre del embarazo. Son las dudas y preocupaciones de la adolescente para enfrentar, manejar o aceptar su embarazo. Esta variable fue medida a través del Cambridge Worry Scale (Green, Kafetsios, Statham & Snowdon, 2003).

Incetidumbre del bienestar propio y del bebé. Son las dudas y preocupaciones de la adolescente de la posibilidad de un futuro incierto para ella y su hijo. La variable fue medida a través la subescala de preocupación por el bienestar propio y del bebé, del Cuestionario de Evaluación Prenatal (Lederman, 1996).

Estrés de los síntomas relacionados con el embarazo. Son las molestias que le causan los síntomas del embarazo a la adolescente. Esta variable fue medida a través del Inventario de Síntomas Físicos (Cohen-Hoberman, 1983).

Afrontamiento defensivo durante el embarazo: Se refiere a la negación por parte de la adolescente para aceptar su embarazo o realizar los cuidados de atención de manera oportuna y adecuada, como un medio defensivo para no afrontar la situación

actual. Incluye las estrategias de evasión, fatalistas y emotivas que le impiden identificar el riesgo y tomar decisiones para el cuidado del embarazo. Esta variable fue medida a través de la subescala de evitación del Inventario de Afrontamiento Prenatal (Lobel et al., 2002).

Factores de protección familiar durante el embarazo. Son los componentes que se pueden encontrar dentro y fuera de la familia; incluyen la atmosfera familiar positiva y apoyo/recursos familiares (Haase, 2004). Se componen de la relación con la madre y el apoyo familiar.

Relación con la madre. Es el apoyo y afecto de la madre de la adolescente, que le proporciona aceptación, buena comunicación y acompañamiento durante su embarazo. La variable fue medida a través de la subescala de relación con la madre, del Cuestionario de Evaluación Prenatal (Lederman, 1996).

Apoyo familiar. Es la presencia y afecto de una red familiar fuerte, conformada por familiares con o sin lazos consanguíneos y que le brinda apoyo emocional y económico a la adolescente embarazada. El apoyo familiar fue medido a través de la Escala de APGAR Familiar (Smikstein, 1978).

Factores de protección social durante el embarazo. Es la percepción de apoyo del entorno social de la adolescente, incluyendo el apoyo social y apoyo de pareja.

Apoyo social. Es la percepción de aceptación y apoyo de amigos, la influencia positiva de otras adolescentes embarazadas, el apoyo y motivación de sobresalir en escuela y/o trabajo; además del fácil acceso a la atención médica y la participación de la adolescente para el cuidado de su embarazo. Esta variable fue medida por el Inventario de Apoyo Social para Embarazadas (Rojas et al., 2009).

Apoyo de la pareja. Es el apoyo moral y económico de la pareja, incluyendo el acompañamiento y participación en el cuidado del embarazo. El apoyo de la pareja fue medido a través de la subescala de relación con la pareja del Cuestionario de Evaluación Prenatal (Lederman, 1996).

Factores de protección individual durante el embarazo. Los factores incluyen los recursos que la persona utiliza para modificar los resultados adversos y que ocurra la resiliencia. Incluye el afrontamiento positivo al embarazo, el significado positivo del embarazo y la autoestima.

Afrontamiento positivo al embarazo. Son los comportamientos que realiza la adolescente para enfrentar su embarazo y que favorecen el cuidado del mismo, gracias al soporte y fuerza interna que posee. Incluye dos variables: preparación del embarazo y orar durante el embarazo.

Preparación del embarazo. Son los comportamientos de la adolescente para adquirir mayores conocimientos y fuerza interna para realizar los cuidados del embarazo. Fue medido a través de la subescala de preparación, del Inventario de Afrontamiento Prenatal (Lobel et al., 2002).

Orar durante el embarazo. Es la acción de pedir a un ser supremo fortaleza para realizar los cuidados del embarazo y por el bienestar propio y de su hijo. La variable fue medida a través de la subescala de rezar, del Inventario de Afrontamiento Prenatal (Lobel et al., 2002).

Significado positivo del embarazo. Son los sentimientos y creencias que tiene la adolescente para ver el embarazo como un acontecimiento positivo, del cual tienen grandes esperanzas y expectativas, que van de acuerdo con sus perspectivas espirituales. Se deduce que ésta variable está integrada por: la interpretación del embarazo y la aceptación del embarazo.

Interpretación del embarazo. Es la idea personal y las expectativas positivas que tiene la adolescente de su embarazo. Esta variable fue medida a través de la subescala de interpretación positiva, del Inventario de Afrontamiento Prenatal (Lobel et al., 2002).

Aceptación del embarazo. Es el sentimiento de aprobación de su embarazo, al cumplir con sus esperanzas y expectativas personales. Se midió a través de la subescala de aceptación del embarazo, del Cuestionario de Evaluación Prenatal (Lederman, 1996).

Autoestima. Es la percepción positiva de la adolescente de sí misma, para realizar el cuidado de su embarazo. Esta variable se midió a través de la Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965).

Resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes: Es proceso de identificación y desarrollo de recursos por parte de la adolescente para realizar el cuidado de su embarazo. La resiliencia fue medida a través de la Escala de Resiliencia de Adolescentes en el Cuidado de su Embarazo (Wagnild & Young, 1993).

Capítulo II

Metodología

A continuación se presenta la metodología realizada para el desarrollo del presente estudio, en donde se describe el diseño de estudio, población, muestreo y muestra, criterios de inclusión, instrumentos, procedimiento de recolección de información, consideraciones éticas y el análisis de resultados.

Diseño del estudio

El presente estudio fue de tipo correlacional de comprobación de modelo (Burns & Grove, 2009). Debido a que se prueba la correlación que existe entre las variables independientes, así como también, el nivel de predicción para que se presente la variable dependiente. Considerando que las variables independientes del modelo fueron los factores de riesgo relacionados con el embarazo en la adolescencia (incertidumbre del embarazo, incertidumbre del bienestar propio y del bebé y estrés de los síntomas relacionados con el embarazo), el afrontamiento defensivo durante el embarazo, factores de protección familiar (relación con la madre y apoyo familiar), factores de protección social durante el embarazo (apoyo social y el apoyo de la pareja), los factores de protección individual durante el embarazo (preparación en el embarazo, orar durante el embarazo, interpretación del embarazo, aceptación del embarazo y autoestima). La variable dependiente fue la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes.

Población, muestreo y muestra

La población estuvo conformada por las adolescentes embarazadas menores de edad de un estado del noreste del país que acudieron a consulta prenatal en una institución de tercer nivel de atención. Cabe destacar que a esta institución son referidas todas las adolescentes embarazadas que acuden a consulta en centros de salud del área urbana y rural ubicados en el oriente del área metropolitana, debido a que se considera un embarazo de alto riesgo obstétrico al presentarse durante la adolescencia.

El método de muestreo fue aleatorio sistemático, $k=3$. Se eligió el primer elemento de la muestra, seleccionado un número de manera aleatoria del 1 al 3 y a partir de éste número se inició cada día invitando a participar a cada tercer adolescente que acudió a la consulta hasta completar el total de la muestra.

La muestra se conformó por un total de 439 participantes, la cual fue determinada en el programa nQuery Advisor, a través de una prueba de regresión lineal múltiple con un intervalo del 95% de confianza, con una potencia de prueba del 90% para un coeficiente de determinación mediano de .05, con 13 variables independientes. Se considera que el porcentaje de no respuesta fue de 7.10% debido a que 31 adolescentes no desearon participar en el estudio.

Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión fueron constituidos por adolescentes primigestas que acudieron a consulta acompañadas de al menos por uno de sus padres o tutores y que su madre se encuentra viva al momento del llenado de los instrumentos. Estos criterios fueron evaluados de manera verbal por el encuestador, a través de las siguientes preguntas ¿Es éste su primer embarazo?, ¿Viene a consulta acompañada por alguno de sus padres o tutores? y ¿su madre vive? (ver Apéndice A). Posteriormente se contestó el instrumento de las preguntas filtro (ver Apéndice B).

Instrumentos

Cédula de Datos.

Con la finalidad de describir los datos sociodemográficos de las participantes, se aplicó una cédula de datos, en donde se incluyeron datos tales como, edad, semanas de embarazo, estado civil, escolaridad, entre otros (ver Apéndice C).

Factores de riesgo relacionados con el embarazo en la adolescencia.

Incertidumbre del embarazo.

En el presente estudio, la incertidumbre del embarazo fue medida a través de Cambridge Worry Scale en su versión en español. La escala original fue diseñada por

Green, Kafetsios, Statham y Snowdon (2003), con el objetivo de evaluar el contenido y el alcance de las preocupaciones maternas en el embarazo. Es un cuestionario auto-administrado y se puede utilizar durante todo el embarazo. La escala se conforma por 16 reactivos, un ejemplo es “¿Cuánta preocupación representa para usted en este momento la vivienda?”. Las opciones de respuesta son en escala tipo likert que van desde (0) no es una preocupación hasta (5) mayor preocupación. Un ejemplo de respuesta es “(0) en éste momento la vivienda no es una preocupación para mí”. Para obtener el puntaje de la escala, se calculó el promedio de cada respuesta, el cual indicará el nivel de preocupación que presenta la adolescente embarazada, en donde a menores puntajes significan menor incertidumbre de la adolescente por su embarazo (ver Apéndice D).

Se han realizado diversas versiones de la Cambridge Worry Scale a partir de la versión original en inglés, en varias poblaciones del mundo y se han reportado niveles de consistencias internas aceptables; con Alpha de Cronbach que oscila entre .80 y .85. En todas las versiones se reportan cuatro factores que explican del 55.40 al 63 por ciento del total de varianza. Se reporta una correlación significativa con ansiedad, depresión y neurotismo ($p < .01$), lo cual significa que la escala tiene validez de constructo (Carmona, Peñacoba-Puente, Marín & Carretero, 2012; Petersen, Paulitsch, Guethlin, Genischen & Jahn, 2009).

Incertidumbre del bienestar propio y del bebé.

Respecto a la incertidumbre del bienestar propio y del bebé, ésta variable fue medida a través de la subescala preocupación por el bienestar propio y del bebé del Cuestionario de Evaluación Prenatal, el cual fue adaptado y validado en población española por Armengol, Chamarro and García-Dié (2007), basado en el Prenatal Self-Evaluation Questionnaire (Lederman, 1996). Es un cuestionario para evaluar aspectos psicosociales del embarazo. Está conformado por 42 reactivos, los cuales reportaron la presencia de seis factores que explican el 38.97% del total de varianza. Para medir diversas variables en el presente modelo, se utilizó las siguientes cuatro

subescalas: aceptación del embarazo (utilizada para medir la aceptación del embarazo), relación con la madre (midió la relación con la madre), relación con la pareja (permitió la medición de la variable relación con la pareja) y preocupación por el bienestar propio y del bebé (midió la incertidumbre del bienestar propio y del bebé).

La subescala de preocupación por el bienestar propio y del bebé, tiene como propósito el medir la autoestima y el miedo no expresado por posibles alteraciones en el parto. Está conformada por nueve reactivos (6, 7, 13, 15, 18, 20, 23, 28 y 30) siendo un ejemplo de ellos el siguiente: “¿Con qué frecuencia le preocupan las posibles complicaciones del parto?”. Las opciones de respuesta son las siguientes: 4= siempre, 3= frecuentemente, 2= algunas veces y 1=nunca. Un ejemplo de respuesta es: “(3) frecuentemente me preocupan las posibles complicaciones del parto”. Para obtener el puntaje de la escala se recodificaron todos los reactivos que conforman éste subescala por encontrarse redactadas en sentido inverso y se calculó la sumatoria, en donde el rango de posibles respuestas es de 9 a 36 puntos. La incertidumbre de la adolescente por el bienestar propio y el de su bebé, se puede medir de acuerdo a las siguientes categorías: de 9 a 16 puntos, nunca tiene incertidumbre; de 17 a 23 puntos, algunas veces; de 24 a 30, frecuentemente; de 31 a 36 puntos, siempre tiene incertidumbre.

La escala fue adaptada y validada en población española por Armengol, Chamarro y García-Dié (2007), en 291 mujeres embarazadas de 17 a 42 años de edad, reportando un Alpha de Cronbach de .85, valor considerado como aceptable. Respecto a la validez del instrumento, se reporta que las embarazadas que asisten a sesiones preparatorias para el parto en centros privados, muestran una mayor preocupación por el bienestar propio y del bebé ($F=8.03$; $p=.005$), que las embarazadas que acuden a centros públicos (ver Apéndice E).

Estrés de los síntomas relacionados con el embarazo.

El estrés de los síntomas relacionados con el embarazo fue medido a través del Inventario de Síntomas Físicos en la versión adaptada y validada para la población

venezolana por Guarino (2013), está basada del Cohen-Hoberman Inventory of Pshysical Symtoms (CHIPS) diseñado por Cohen-Hoberman (1983). El inventario mide percepción de los síntomas que reflejan problemas o complicaciones en el embarazo. Consta de 33 reactivos, un ejemplo es: “¿Cuánto le ha molestado el dolor de espalda durante las últimas 5 semanas incluyendo el día de hoy?”. Las opciones de respuesta son 5, que van desde 0 cuando el síntoma es nada molesto, hasta 4 cuando el síntoma ha sido extremadamente molesto. Un ejemplo de respuesta es “(4) el dolor de espalda me ha sido extremadamente molesto”. El puntaje de la escala se realizó a través del la sumatoria de puntajes obtenidos, en donde el mayor puntaje significa mayor estrés de los síntomas presentados durante el embarazo.

Guarino (2013) realizó la adaptación y validación en población venezolana en 401 participantes, reportando un Alpha de Cronbach de 0.88. Se reporta una correlación significativa entre el Inventario de Síntomas Físicos y la subescala de evitación del Inventario de Afrontamiento Prenatal ($r=.37$) y con el Cuestionario de Sensibilidad Egocéntrica Negativa ($r=.42$); demostrando así que la subescala tiene validez de constructo (ver Apéndice F).

Afrontamiento defensivo durante el embarazo.

El afrontamiento defensivo durante el embarazo fue medido a través del Inventario de Afrontamiento Prenatal (IAP), en la versión presentada por Guarino (2013), quién realizó la traducción y adaptación del inventario original diseñado por Lobel et al. (2002). El inventario total se conforma por 22 reactivos y el propósito de la escala es medir cuatro diferentes formas de afrontamiento al estrés durante el embarazo, los cuales conforman las siguientes cuatro subescalas: preparación (se utilizó para medir la variable preparación en el embarazo); rezar (utilizada para medir la variable orar durante el embarazo); evitación (midió la variable afrontamiento defensivo durante el embarazo); y la interpretación positiva (se utilizó para medir la variable interpretación del embarazo).

Para medir el afrontamiento defensivo durante el embarazo se utilizó la subescala de evitación. La cual está conformada por 7 reactivos (3, 8, 11, 15, 16, 19 y 20 de la escala). Un ejemplo de reactivo es “¿con qué frecuencia trata de sentirse mejor comiendo?”. Existen 4 opciones de respuesta: 3= siempre, 2= frecuentemente, 1=algunas veces y 0= nunca. Un ejemplo de respuesta es “(2) frecuentemente trato de sentirme mejor comiendo”. Para obtener el puntaje de la escala se recodificaron todos los reactivos que conforman éste subescala por encontrarse redactados en sentido inverso y se calculó el promedio, en donde los mayores puntajes significan mayor frecuencia del uso de la estrategia de afrontamiento defensivo.

Guarino (2013) realizó la traducción y adaptación de Inventario de Afrontamiento Prenatal en población venezolana en 77 mujeres embarazadas, reportando un Alpha de Cronbach de .76 para ésta subescala. Se reporta que el uso de la evitación como forma de afrontamiento al embarazo se asocia con un mayor reporte de síntomas físicos y psicológicos ($r=.37$); lo cual demuestra que el instrumento tiene validez de constructo (ver Apéndice G).

Factores de protección familiar durante el embarazo.

Relación con la madre.

En el presente estudio, la relación con la madre fue medida por la subescala de relación con la madre del Cuestionario de Evaluación Prenatal. Esta subescala tiene el propósito de medir la disponibilidad de la madre de la adolescente y de la embarazada durante el proceso de gestación y tras el parto, además de la aceptación del nieto y el reconocimiento de la hija como madre. Está conformada por 9 reactivos (5, 8, 9, 11, 14, 19, 22, 25 y 29). Un ejemplo de reactivo es “¿cuál es la frecuencia con que cree que su madre está ilusionada con el bebé que usted espera?”. Las opciones de respuesta son cuatro de tipo likert, 4=siempre, 3=frecuentemente, 2=algunas veces y 1= nunca. Un ejemplo de respuesta es “(3) frecuentemente creo que mi madre está ilusionada con el bebé que espero”.

Para obtener el puntaje de la escala se recodificaron los reactivos 19 y 29 por encontrarse redactados en sentido inverso y se calculó la sumatoria de los puntajes obtenidos, en donde a mayor puntaje significa mayor relación de apoyo con la madre. El rango posible de respuesta es de 9 a 36 puntos, la disponibilidad de la madre hacia la adolescente se midió tomando en cuenta las siguientes categorías: de 9 a 16 puntos, nunca está disponible; de 17 a 23 puntos, algunas veces se encuentra disponible; de 24 a 30, frecuentemente; de 31 a 36 puntos, siempre se encuentra disponible. La escala fue adaptada y validada en población española por Armengol, Chamarro y García-Dié (2007), en 291 mujeres embarazadas de entre 17 y 42 años de edad, reportando un Alpha de Cronbach de .91 en ésta subescala (ver Apéndice E).

Apoyo familiar.

El apoyo familiar durante el embarazo fue medido por la Escala de APGAR Familiar, diseñada por Smilkstein (1978) con el propósito de medir la funcionalidad familiar en los cinco componentes que conforman el nombre de la escala: adaptabilidad (*Adaptability*), cooperación (*Partnertship*), desarrollo (*Growth*), afectividad (*Affection*) y capacidad resolutive (*Resolve*). La escala se conforma de cinco reactivos, por ejemplo: “¿cuál es la frecuencia en que te sientes satisfecha con la ayuda que recibes de tu familia cuando tienes algún problema y/o necesidad?”. Las opciones de respuesta son 5 de tipo likert, en donde 0=nunca, 1=casi nunca, 2=algunas veces, 3=casi siempre y 4=siempre. Un ejemplo de respuesta es “(4) siempre me siento satisfecha con la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad”.

Para obtener el puntaje de esta escala, se calculó la sumatoria de los puntajes, en donde se obtuvo el nivel de funcionalidad familiar (cuyos puntajes totales oscilan entre 0 y 20). Una puntuación total de 0 a 9 indica disfunción grave; entre 10 y 13 puntos significa disfunción moderada; ente 14 y 17 puntos significa disfunción leve; e igual o superior a 18 es considerada como familia funcional. Por otro lado, Ariza, Durán, Cubillos y Campo-Arias (2006) validaron la escala en 91 adolescentes chilenos de entre

11 y 17 años de edad, con una media de 13.90 años; reportando que el Alpha de Cronbach fue de .79 y los reactivos que conforman el instrumento representan un único factor que explica el 55.60% de la varianza. Se menciona que el instrumento tiene validez convergente al encontrarse correlación con otras escalas que evalúan disfunción familiar, tales como el Índice de Función Familiar y la Escala de Evaluación de Adaptabilidad y Cohesión Familiar (ver Apéndice H).

Factores de protección social durante el embarazo

Apoyo social.

El apoyo social fue medido por el Inventario de Apoyo Social para Embarazadas (IASE), diseñado por Rojas, Albano, Llanos, Decanio y Trías (2009) para evaluar el grado de satisfacción que experimentan las gestantes respecto al apoyo social, emocional e instrumental, recibido de su pareja, familiares y amigos. El inventario consta de 13 reactivos, para medir la variable apoyo social en el presente estudio, se utilizaron solamente 7 reactivos (4, 5, 6, 7, 8, 9 y 10) los cuales tienen el propósito de medir el apoyo de personas del entrono social de la gestante, como familiares y amistades. Un ejemplo de reactivo es “¿cuál es el grado de satisfacción que ha tenido al recibir ayuda económica por parte de algún familiar o amigo cercano?”. Las opciones de respuesta son de tipo Likert de cuatro puntos: muy satisfecha (1), satisfecha (2), insatisfecha (3) y muy insatisfecha (4). Un ejemplo de respuesta es “(1) me he sentido muy satisfecha con la ayuda económica que he recibido por parte de algún familiar o amigo cercano”. Para la obtención del puntaje, se promediaron los puntos obtenidos en cada una de las preguntas, mostrando así el nivel de satisfacción de la adolescente por el apoyo social percibido. El resultado obtenido se interpreta de la siguiente forma: 1 =muy satisfecho con el apoyo social, 2=satisfecho con el apoyo social, 3=insatisfecho con el apoyo social y 4=muy insatisfecho con el apoyo social.

Rojas, Albano, Llanos, Decanio y Trías (2009) validaron la escala en mujeres embarazadas Venezolanas, que tenían de 14 a 42 años de edad, reportando un Alpha de

Cronbach de .70. Se reporta que existe una relación entre el apoyo social percibido y los síntomas depresivos ($\chi^2=10.178$; $p=.001$), lo cual demuestra que el instrumento tiene validez de constructo (ver Apéndice I).

Apoyo de la pareja.

Para medir la variable del apoyo de la pareja durante el embarazo se utilizó la subescala de Relación con la pareja del Cuestionario de Evaluación Prenatal. Ésta subescala fue desarrollada con el propósito de medir el interés de la pareja por las necesidades de su mujer como futura madre, la empatía, comprensión, apoyo, cooperación, comunicación y muestras de confianza hacia ella. La subescala está conformada por 8 reactivos (3, 4, 10, 12, 16, 17, 21 y 31). Debido a que se espera que la mayoría de las adolescentes no estén casadas, se decidió cambiar la palabra “marido” por “pareja”, esperando que favorezca en la comprensión de los reactivos. Un ejemplo de reactivo es “¿cuál es la frecuencia con que a su pareja le gusta hablar con usted sobre el embarazo?”. Las opciones de respuesta son cuatro de tipo Likert, que van desde 4=siempre, 3= frecuentemente, 2= algunas veces y 1= nunca. Un ejemplo de respuesta es “(3) frecuentemente a mi pareja le gusta hablar conmigo sobre el embarazo”. Para obtener el puntaje de la escala se calculó el promedio, en dónde se muestra el nivel de apoyo percibido por la adolescente por parte de su pareja durante el embarazo, es decir, a mayor puntaje mayor relación de apoyo con la pareja. La subescala fue adaptada y validada en población española por Armengol, Chamarro y García-Díe (2007), en 291 mujeres embarazadas de entre 17 y 42 años de edad, reportando un Alpha de Cronbach de .76 para ésta subescala (ver Apéndice E).

Factores de protección individual durante el embarazo.

Preparación en el embarazo.

Para medir la preparación en el embarazo se utilizó la subescala de preparación del Inventario de Afrontamiento Prenatal. La subescala está conformada por 8 reactivos (1, 5, 9, 10, 14, 18, 21 y 22 de la escala). Un ejemplo de reactivo es “¿con qué

frecuencia planea cómo manejará el parto?”. Existen 4 opciones de respuesta:

3=siempre, 2=frecuentemente, 1= algunas veces y 0= nunca. Un ejemplo de respuesta es “(1) algunas veces planeo cómo manejaré el parto”. El puntaje de la escala se obtuvo a través del promedio, en donde significa que a mayor puntaje mayor preparación durante el embarazo. El promedio obtenido refleja la frecuencia de preparación que tiene la adolescente, siendo igual a la escala de respuesta. Guarino (2013) realizó la traducción y adaptación de la escala en población venezolana en 77 mujeres embarazadas, reportando un Alpha de Cronbach de .83 para ésta subescala (ver Apéndice G).

Orar durante el embarazo.

Se utilizó la de rezar del Inventario de Afrontamiento Prenatal, para medir ésta variable, dicha subescala está conformada por 2 reactivos (6 y 13). Un ejemplo de reactivo es “¿con qué frecuencia reza para que el bebé sea sano(a)?”. Existen 4 opciones de respuesta: 3= siempre, 2= frecuentemente, 1= algunas veces y 0= nunca. Un ejemplo de respuesta es “(3) siempre rezo para que el bebé sea sano(a)”. El puntaje de la escala se obtuvo a través del promedio, en donde se muestra que a mayor puntaje mayor oración durante el embarazo. El promedio obtenido refleja la frecuencia de oración que tiene la adolescente, siendo de igual forma a la escala de respuesta. Guarino (2013) realizó la traducción y adaptación de la escala en población venezolana en 77 mujeres embarazadas, reportando un Alpha de Cronbach de .85 en ésta subescala (Apéndice G).

Interpretación del embarazo.

La interpretación del embarazo fue medido por la subescala de interpretación positiva del Inventario de Afrontamiento Prenatal. La subescala se conforma por 5 reactivos (2, 4, 7, 12 y 17), un ejemplo de ellos es “¿con qué frecuencia siente que el embarazo ha enriquecido su vida?”. Existen 4 opciones de respuesta: 3=siempre, 2=frecuentemente, 1= algunas veces y 0= nunca. Un ejemplo de respuesta es “(3) siempre siento que el embarazo ha enriquecido mi vida”. El puntaje de la escala se obtuvo a través del promedio, en donde a mayor puntaje mayor interpretación positiva

del embarazo. El promedio obtenido refleja la frecuencia de interpretación positiva que tiene la adolescente de su embarazo, por lo tanto, se toma la clasificación de frecuencia de la escala de respuesta. Guarino (2013) realizó la traducción y adaptación de la escala en población venezolana en 77 mujeres embarazadas, reportando un Alpha de Cronbach de .80 para ésta subescala (ver Apéndice G).

Aceptación del embarazo.

Para medir la variable de aceptación del embarazo se utilizó la subescala Aceptación del embarazo del Cuestionario de Evaluación Prenatal. Ésta subescala tiene el propósito de medir las respuestas adaptativas al hecho de estar embarazada, entre las cuales se encuentran la planificación consciente y aceptación de los cambios corporales. Se encuentra conformada por 5 reactivos (1, 2, 24, 26 y 27), un ejemplo de ellos es: “¿cuál es la frecuencia con que usted cree que éste es un buen momento para quedar embarazada?”. Las opciones de respuesta son cuatro de tipo Likert, que van desde 3=siempre, 2=frecuentemente, 1= algunas veces y 0= nunca. Un ejemplo de respuesta es “(2) frecuentemente creo que éste es un buen momento para quedar embarazada”. Para obtener el puntaje de la escala se recodificaron los reactivos 24 y 27 por encontrarse redactados en sentido inverso y se calculó la sumatoria total, en dónde a mayor puntuación significa mayor aceptación del embarazo. La subescala fue adaptada y validada en población española por Armengol, Chamarro y García-Dié (2007), en 291 mujeres embarazadas de entre 17 y 42 años de edad, reportando un Alpha de Cronbach de .56 para ésta subescala (ver Apéndice E).

Autoestima.

La variable autoestima fue medida a través de la Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965). Esta escala mide el nivel de autoestima entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo. El instrumento consta de 10 reactivos, un ejemplo de reactivo es “¿usted está convencida de que tiene cualidades buenas?”. Las opciones de respuesta son 4 de tipo Guttman, en donde 4=muy de acuerdo,

3=de acuerdo, 2=en desacuerdo y 1=muy en desacuerdo. Un ejemplo de respuesta es “(4) estoy muy de acuerdo en que estoy convencida de que yo tengo cualidades buenas”. Para obtener el puntaje se recodificaron las respuestas de los reactivos del 6 al 10 por encontrarse redactados en sentido inverso. Posteriormente se calculó la sumatoria de las respuestas, en donde el rango de puntaje es de 10 a 40. La interpretación de los resultados se realizó de la siguiente forma: de 30 a 40 puntos significa “autoestima elevada”; de 26 a 29 puntos significa “autoestima media”; y menos de 25 puntos significa “autoestima baja”. Esta escala reportó un Alpha de Cronbach de .92 y un coeficiente de estabilidad de .72 en estudios anteriores (ver Apéndice J).

Resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes.

Para medir la variable resultado de resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes, se utilizó la Escala de Resiliencia de Adolescentes en el Cuidado de su Embarazo. Esta escala es el producto de la traducción al español de la escala de la resiliencia (ER) diseñada por Wagnild y Young (1993) y la adaptación al cuidado del embarazo en la adolescencia (Barbosa-Martínez, Benavides-Torres, Champion, Gallegos & Onofre, 2015). La escala ER ha demostrado propiedades psicométricas adecuadas cuando se ha adaptado en situaciones específicas. Esta escala permite identificar las cualidades que benefician la adaptación de la adolescente resiliente en el cuidado de su embarazo. Está conformada por 27 reactivos, un ejemplo de ellos es “¿Qué tan de acuerdo está usted en que puede valerse por sí misma para cuidar de su embarazo?”. Las opciones de respuesta son de tipo Likert, que van desde 1 cuando se está totalmente en desacuerdo, hasta 5 cuando se está totalmente de acuerdo con las afirmaciones del instrumento. Un ejemplo de respuesta es “(5) estoy totalmente de acuerdo en que yo puedo valerme por mí misma para cuidar de mi embarazo”.

La evaluación total se obtiene de la suma de los puntajes de la escala, el rango de puntuaciones es mínimo de 27 y máximo de 135. Los valores teóricos son los siguientes: de 99 a 135 indican alta capacidad de resiliencia, de 63 a 98 indican moderada

resiliencia, y de 27 a 62, indican escasa resiliencia. Se han reportado Alpha de Cronbach de .72 a .93 en estudios anteriores (Wagnild & Young, 1993; ver Apéndice K).

Procedimiento de recolección de la información.

Se solicitó autorización a los comités de Investigación y de Ética en investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Así como de los directivos de una institución de salud del tercer nivel de atención y a su Comité de Ética en Investigación correspondiente. Para asegurar el correcto llenado de los instrumentos de medición y procedimiento de recolección de datos, se capacitó a dos encuestadores con licenciatura en Enfermería.

Se acudió a las consultas de obstetricia y se les explicó el propósito del estudio a la jefa de enfermeras y al personal de recepción del departamento. El personal encargado de la recolección de datos se colocó en un espacio previamente asignado cerca de la recepción, seleccionando a la participante número tres que se registró en la consulta (número seleccionado de manera aleatoria previamente) y a partir de ella se seleccionaron las siguientes participantes de uno en tres diariamente hasta completar el tamaño de muestra. El investigador principal abordó a las adolescentes para evaluar el cumplimiento de los criterios de inclusión a través de preguntas filtro (Apéndice A y B).

A las adolescentes que contestaron de manera afirmativa en las dos preguntas filtro, se les explicó a ella y al menos a uno de sus padres o tutores, el propósito del estudio y se les invitó a participar en el mismo, enfatizando que el tiempo de contestar los instrumentos es libre, siendo éste en promedio de 20 minutos. Por lo que si aceptaron participar se les otorgó el formato de consentimiento a los padres y el asentimiento informado a la adolescente para que lo leyeran y lo firmaran (ver Apéndices L y M). Se aclararon las dudas que surgieron de la lectura del consentimiento y asentimiento. Se les explicó claramente a los padres de la adolescente que la información que contestó su hija en los cuestionarios es totalmente confidencial y que nadie podía conocer sus respuestas más que los integrantes del equipo de investigación.

Una vez firmado el consentimiento y el asentimiento, se le proporcionó a la adolescente los cuestionarios de medición y un lápiz; se le invitó a que se sentara en una silla y mesa exclusiva para el llenado de los instrumentos, la cual fue colocada dentro de la sala de espera a la consulta; de ésta manera se aseguró la confidencialidad de la información de la adolescente, además de otorgarle mayor comodidad. Antes de iniciar a contestar la adolescente, se le notificó que en caso de ser llamada a consulta, ella podía suspender el llenado de los instrumentos sin ningún inconveniente y se le invitó a continuar al finalizar la consulta. En el asentimiento informado de la adolescente, se le solicitó el número telefónico en que se le podía contactar para concretar una cita y acudir a su domicilio para el llenado de los instrumentos, pero ese caso no fue necesario con ninguna participante. Cuando la adolescente mostró cansancio o algún inconveniente para continuar con el llenado de los instrumentos, se le proporcionó la opción de continuar en su domicilio a través de una visita de un miembro del equipo del estudio, sin embargo, solamente solicitaron tiempo para descansar y continuaron con el llenado de los instrumentos.

Los instrumentos fueron auto-aplicables; sin embargo, en algunos casos fueron leídos por el encuestador, debido a que las adolescentes así lo solicitaron por tener dificultad para leer o escribir. Se verificó que los cuestionarios hayan sido contestados completamente; en caso de no ser así, se le invitó a la adolescente a contestarlos, no forzándola a hacerlo en ningún momento. Se les dio las gracias a la adolescente y a su padre por la participación en el estudio (ver figura 9).

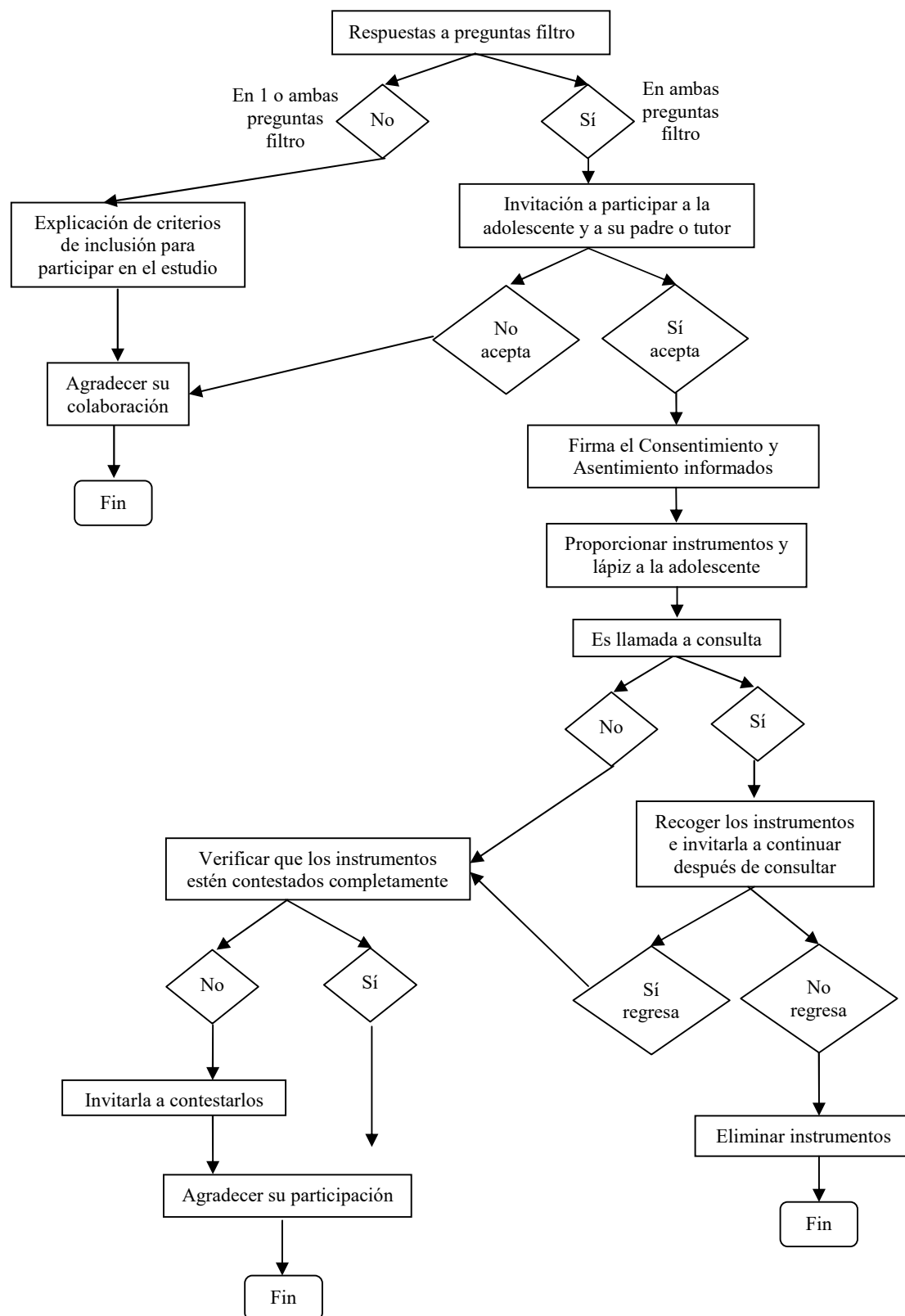


Figura 9. Diagrama de flujo del procedimiento de recolección de la información.

Se realizó una prueba piloto en un total de 66 participantes, de las cuales se eliminaron seis debido a que sus respuestas estaban incompletas en menos del 80% de los instrumentos; quedando una muestra total de 60 participantes. Ocho adolescentes y dos padres no aceptaron participar en el estudio, por lo cual se considera que el porcentaje de no respuesta fue de 17%. Los instrumentos fueron llenados principalmente antes de consulta (65%) y de forma auto-aplicable (91.70%), destacando que el 8.30% refirió tener dificultad para la lectura, motivo por el cual, los instrumentos fueron leídos por el encuestador.

Al aplicar la cédula de datos, se identificó la necesidad de agregar la opción de “ninguna” en el nivel de escolaridad, además de cambiar el reactivo 6 de “escolaridad” por “último grado de estudio” debido a que algunas adolescentes marcaron varias opciones de respuesta. En el reactivo 9 “¿cuál complicación haz presentado en este embarazo?” se considera adecuado especificar que se pueden marcar varias opciones de respuesta cuando sea necesario.

Del instrumento Cambridge Worry Scale: versión en español, se observó que las participantes no comprenden completamente el reactivo 11: examen pélvico (ginecológico), por lo cual se sugiere cambiarse a “revisión de genitales”. La misma situación se observó con el reactivo 13: afrontarse con el nuevo bebé, se sugiere cambiarse a “enfrentarse con el nuevo bebé”.

En el Cuestionario de Evaluación Prenatal, las adolescentes presentaron dificultad para entender algunas palabras, por lo cual a continuación se especifican y sugieren los cambios correspondientes: en el reactivo 4: “mi pareja me tranquiliza cuando me ve agobiada” cambiar por “mi pareja me tranquiliza cuando me ve preocupada”; en el reactivo 17: “puedo contar con el soporte de mi pareja durante el parto” cambiar por “puedo contar con el apoyo de mi pareja durante el parto”; en el reactivo 19: “cuando mi madre y yo estamos juntas, discutimos a menudo” cambiar por “cuando mi madre y yo estamos juntas, peleamos frecuentemente”; en el reactivo 20:

“me angustian las posibles complicaciones del parto” se sugiere cambiar por “me preocupan las posibles complicaciones del parto”; y en el reactivo 30: “no puedo dejar de pensar en los problemas que pueden surgir en el parto” se sugiere cambiar por “no puedo dejar de pensar en los problemas que pueden pasar en el parto”. El Inventario de Síntomas Físicos fue contestado por las participantes mostrando dificultad para entender el reactivo 18, motivo por el cual se sugiere cambiar de “respiración entrecortada” a “dificultad para respirar”.

Al contestar el Inventario de Afrontamiento Prenatal, las adolescentes presentaron dificultad para entender de manera adecuada el reactivo 4 “trata de focalizar en los aspectos positivos del embarazo, más que en los negativos” por lo tanto, se sugiere cambiar a “trata de pensar más en los aspectos positivos del embarazo, que en los aspectos negativos”; se sugiere cambiar el reactivo 16 “trasladar mis frustraciones a otra gente” a “trasladar mis enojos a otra gente” y en el reactivo 22 “fantasear acerca de ser mamá de un recién nacido” cambiar a “imaginar acerca de ser mamá de un recién nacido”. No se presentaron dificultades para el llenado de los demás instrumentos.

Consideraciones éticas.

El presente estudio se apegó a lo dispuesto por el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 1987).

De acuerdo al Título Segundo, de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, se consideró el capítulo I en los siguientes artículos: Artículo 13, prevaleció el criterio de respeto a la dignidad de las adolescentes y se protegieron sus derechos y bienestar en todo momento. Artículo 14, fracción V, VII, VIII, se solicitó el consentimiento informado escrito de los padres o tutores de las participantes debido a que son menores de edad (Apéndice L); y el asentimiento informado a las adolescentes (Apéndice M). Se solicitó autorización a la Comisión de Investigación y de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Se solicitó autorización a los directivos de la institución de salud del tercer nivel de atención,

ubicada en el noreste del país. Artículo 16, se protegió la privacidad de la adolescente, proporcionando un lugar especial para el llenado de los instrumentos, además de que en ningún momento se identificaron sus respuestas. Artículo 17, fracción II, se consideró un estudio de riesgo mínimo, debido a que se realizaron preguntas de índole personal y sensible, pudiendo ocasionar incomodidad en la adolescente o sus padres. Artículo 18, el presente estudio podía ser suspendido inmediatamente al advertir algún riesgo o daño a la salud de la adolescente, o cuando ella o su padre/tutor así lo hubieran manifestado. Artículo 20, se solicitó el consentimiento informado por escrito al padre/tutor de la adolescente y el asentimiento informado de la adolescente, en donde se autorizó su participación en el estudio, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Artículo 21, fracción I, II, VI, VIII, VIII y IX, se les proporcionó una explicación clara y completa a la adolescente y sus padres acerca del propósito del estudio y la garantía de que recibiría respuestas adecuadas a cualquier pregunta y duda sobre el estudio. El adolescente o sus padres tuvieron toda la libertad de negarse a participar o retirarse en el momento que así lo hubieran deseado y no se verían perjudicados de ninguna forma. Se informó que en ningún momento se identificarían a las adolescentes y el anonimato prevaleció en todo momento.

Del capítulo III, de la investigación en menores de edad o incapaces, se considerará el siguiente artículo: Artículo 36, debido a que las participantes en el estudio son menores de edad, se solicitó el consentimiento informado por escrito de al menos uno de sus padres o tutores.

Del capítulo IV, de la investigación en mujeres en edad fértil, embarazadas, durante el trabajo de parto, puerperio, lactancia y recién nacidos, de la utilización de embriones, óbitos, fetos y la fertilización asistida, se considerará el siguiente artículo: Artículo 45, el presente estudio se consideró de riesgo mínimo, ya que se realizó con el objetivo de obtener conocimientos generalizables sobre el embarazo.

Del capítulo V, de la investigación en grupos subordinados, se consideró el siguiente artículo: Artículo 58, fracción I y II, se aseguró que la participación, rechazo o abandono del estudio por parte de la adolescente o su padre/tutor, ni los resultados del estudio, afectaran en ningún momento sus derechos ni situación como derechohabiente en la institución de salud, ni en ningún otro aspecto. Esta situación fue especificada, tanto a la adolescente como a su padre/tutor, al momento de proporcionarle el consentimiento y asentimiento informado respectivamente.

Plan de análisis de datos.

El análisis estadístico se realizó utilizando el paquete estadístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versión 19 para Windows. Se utilizó estadística descriptiva para obtener datos de frecuencias, medias, porcentajes y distribuciones de los datos sociodemográficos. Se determinó la consistencia interna de los instrumentos por medio del coeficiente de Alpha de Cronbach. Se midió la validez de constructo a través del Análisis Factorial Confirmatorio por el método de extracción por Análisis de Componentes Principales y el método de rotación Varimax con normalización Kaiser-Meyer-Olkin y la prueba de esfericidad de Barlett y Máxima Verosimilitud desde la raíz de correlaciones (considerando saturaciones iguales o mayores a .40). Se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para verificar la normalidad de las variables propuestas en el presente modelo.

Para dar respuesta a los objetivos específicos planteados, se realizaron pruebas de correlación de Spearman. También se realizaron Modelos de Regresión Lineal univariada para el tercer objetivo; y multivariados para el resto de los objetivos, con el fin de determinar la relación existente entre las variables y la influencia que tiene la o las variable(s) independiente(s) sobre la dependiente.

Para los objetivos cuatro, siete, diez, trece y quince, en los cuales se estableció determinar el efecto de mediación de una variable, se realizaron tres ecuaciones de regresión: en la primera ecuación, se debe observar influencia de la variable

independiente en la variable mediadora; en la segunda ecuación, la variable independiente debe mostrar un efecto significativo sobre la variable dependiente; y en la tercera ecuación de regresión, se debe demostrar que la variable mediadora influya en la variable dependiente. Al comparar los tres resultados obtenidos, se comprobó que la variable independiente influye significativamente al incluirse en la ecuación a la variable mediadora y/o aumente el porcentaje de la varianza explicada (Baron & Kenny, 1986). Para dar respuesta al objetivo general, se realizaron diversos modelos generados bajo la técnica intro y backward para obtener el modelo que presenta mayor ajuste y varianza explicada.

Capítulo III

Resultados

En el presente capítulo se describen los resultados de la investigación. Primero se muestran las características sociodemográficas de las participantes y las características psicométricas de los instrumentos, posteriormente se presenta la validez de constructo de los instrumentos, la consistencia interna de los instrumentos y la estadística descriptiva de las variables de estudio. Finalmente, se presenta la estadística inferencial para la comprobación de los objetivos planteados.

Características sociodemográficas de las participantes

Se observó que la media de edad de las participantes fue de 16.05 años (rango 11 a 17, $DE=1.03$), 19.40% de las adolescentes embarazadas no tienen pareja actualmente, el 56.50% es ama de casa y el 22.10% no trabaja ni estudia. Respecto a la escolaridad, el 36.50% indicó que tiene secundaria terminada y el 53.30% tiene sus estudios incompletos (ver tabla 1).

Tabla 1

Características sociodemográficas

Variable	Rango	<i>f</i>	%
Edad	11 – 13	8	1.80
	14 - 15	104	23.70
	16 - 17	327	74.50
Estado civil	Unión libre	220	50.10
	Soltera con pareja	131	29.80
	Soltera sin pareja	85	19.40
	Casada	3	.70

(continúa)

Tabla 1

Características sociodemográficas (continuación)

Variable	Rango	<i>f</i>	%
Ocupación	Ama de casa	248	56.50
	No trabaja ni estudia	97	22.10
	Estudiante y ama de casa	59	13.40
	Trabaja	27	6.20
	Trabaja y estudia	7	1.60
		1	.20
Escolaridad	Primaria incompleta	10	2.30
	Primaria terminada	31	7.10
	Secundaria incompleta	107	24.40
	Secundaria terminada	160	36.50
	Carrera técnica incompleta	44	10.00
	Carrera técnica terminada	5	1.10
	Preparatoria incompleta	73	16.6
	Preparatoria terminada	8	1.80
	Ninguna	1	.20

Nota: $n=439$, f = frecuencia, %= porcentaje.

La media de edad de inicio de vida sexual activa de las adolescentes que participaron en el estudio fue de 14.86 años (rango 10 a 17, $DE=1.19$), destacando que el 69% tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años y 28.60% han tenido más de dos compañeros sexuales. La mayoría de las participantes se encontraba durante el tercer trimestre de gestación (59.90%, $\bar{X}=28.89$ semanas, $DE=8.59$) y el 56.70% no planeó su embarazo. En la tabla 2 se observa que el 53.10% presentaron alguna complicación durante su embarazo; siendo las más frecuentes las infecciones de orina (33.50%), además de la depresión y ansiedad (11.40%).

Tabla 2

Características de sexualidad y embarazo

Variable	Rango	<i>f</i>	%
Edad de IVSA	10 - 11	6	1.40
	12 - 13	48	10.90
	14 - 15	249	56.70
	16 - 17	129	29.40
	No contestó	7	1.60
Parejas sexuales	1	308	70.30
	2	76	17.30
	3 - 4	44	10.00
	5 - 6	6	1.30
	No contestó	5	1.10
Semanas de gestación	3 - 12	31	7.10
	13 - 28	140	31.90
	29 - 41	263	59.90
	No contestó	5	1.10
Planeación del embarazo	Si	177	40.30
	No	249	56.70
	No contestó	13	3.00
Complicaciones	Infección de orina	147	33.50
	Depresión y ansiedad	50	11.40
	Amenaza de aborto	41	9.30
	Pre-eclampsia	34	7.70
	Diabetes gestacional	9	2.10
	Otras	37	8.40

Nota: $n = 439$, f = frecuencia, % = porcentaje, IVSA = inicio de vida sexual activa.

Características psicométricas de los instrumentos

Para la medición de las variables del presente estudio, se utilizaron diversos instrumentos y subescalas, los cuales se especifican en la tabla 3.

Tabla 3

Instrumentos utilizados para la medición de variables

Variable	Instrumento o subescala	Reactivos
Incertidumbre del embarazo	Cambridge Worry Scale	16
Incertidumbre del bienestar propio y del bebé	Subescala Preocupación por el bienestar propio y del bebé (Cuestionario de Evaluación Prenatal)	9
Estrés de los síntomas relacionados con el embarazo	Inventario de Síntomas Físicos	33
Afrontamiento defensivo durante el embarazo	Subescala de Evitación (Inventario de Afrontamiento Prenatal)	7
Relación con la madre	Subescala Relación con la Madre (Cuestionario de Evaluación Prenatal)	9
Apoyo familiar	APGAR Familiar	5
Apoyo social	Subescala apoyo social (Inventario de Apoyo Social para Embarazadas)	7
Apoyo de la pareja	Subescala de Relación con la Pareja (Cuestionario de Evaluación Prenatal)	8
Preparación en el embarazo	Subescala de Preparación (Inventario de Afrontamiento Prenatal)	8
Orar durante el embarazo	Subescala de Rezar (Inventario de Afrontamiento Prenatal)	2

(continúa)

Tabla 3

Instrumentos utilizados para la medición de variables (continuación)

Variable	Instrumento o subescala	Reactivos
Interpretación del embarazo	Subescala de Interpretación Positiva (Inventario de Afrontamiento Prenatal)	5
Aceptación del embarazo	Subescala de Aceptación del Embarazo (Cuestionario de Evaluación Prenatal)	5
Autoestima	Escala de Autoestima de Rosenberg	10
Resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes	Escala de Resiliencia de Adolescentes en el Cuidado de su Embarazo	27

Validez de constructo.

Se realizó validez de constructo a los instrumentos: Cambridge Worry Scale versión en español, Cuestionario de Evaluación Prenatal, Inventario de Afrontamiento Prenatal, Inventario de Apoyo Social para Embarazadas y la Escala de Resiliencia de Adolescentes en el Cuidado de su Embarazo. Se realizó validez de constructo a través del Análisis Factorial Confirmatorio por el método de extracción de Análisis de Componentes Principales y el método de rotación Varimax con normalización Kaiser-Meyer-Olkin, prueba de esfericidad de Barlett y Máxima Verosimilitud. El análisis factorial consideró saturaciones iguales o mayores a .40.

Cambridge Worry Scale: versión en español.

Se obtuvieron las pruebas de Kaiser-Meyer-Olkin y la prueba de esfericidad de Barlett, el estudio de la matriz identidad y la matriz de correlaciones y la significancia del Cuestionario Cambridge Worry Scale ($KMO=.908$, $\chi^2=3180.90$, $df=120$, $p<.001$) observando que los datos pueden ser sometidos al análisis factorial correspondiente.

La Tabla 4 muestra el análisis factorial confirmatorio realizado al Cuestionario Cambridge Worry Scale, el cual arrojó una estructura de 4 factores que explican el 65.11% de la varianza total. El primer factor denominado “socioeconómico” carga 6 reactivos, el segundo factor “sociomédico” está conformado por 4 reactivos, el tercer factor “salud” está definido por cuatro reactivos y el cuarto factor llamado “relaciones” está compuesto por dos reactivos. Todos los factores se conforman por los mismos reactivos que especifica el instrumento original, a excepción del reactivo 16 “la posibilidad de perder al bebé”, el cual debido a la carga factorial expresada, se decide dejarlo en el tercer factor. En el presente estudio se consideró el cuestionario total para medir la variable incertidumbre en el embarazo. Después de analizar los resultados obtenidos en el Análisis Factorial Confirmatorio, se concluye que el cuestionario Cambridge Worry Scale tiene validez de constructo (ver tabla 4).

Tabla 4.

Análisis de factores del Cuestionario Cambridge Worry Scale

Reactivos	Factores				Extracción
	1	2	3	4	
4. La relación con su esposo o pareja	.79				.69
5. La relación con su familia...	.78				.71
1. Vivienda	.71				.60
2. Problemas económicos	.64				.53
3. Problemas legales	.64				.52
15. Su pareja estará con usted...	.54				.51
13. Afrontarse con el nuevo bebé		.78			.70
12. Nacimiento		.76			.76
10. Llegar al hospital		.70			.63
11. Revisión de genitales		.66			.59

(continúa)

Tabla 4.

Análisis de factores del Cuestionario Cambridge Worry Scale (continuación)

Reactivos	Factores				Extracción
	1	2	3	4	
16. La posibilidad de perder al bebé			.78		.64
7. La salud de alguien importante...			.72		.69
9. La posibilidad de algún...			.71		.69
6. Su salud			.68		.71
8. Problemas de trabajo/escuela				.80	.77
14. Dejar su trabajo/escuela				.77	.70
% de la varianza	20.92	17.56	16.31	10.33	
% acumulado	20.92	38.48	54.78	65.11	

Nota: $n=439$

Cuestionario de Evaluación Prenatal.

Se obtuvieron las pruebas de KMO y Barlett, el estudio de la matriz identidad y la matriz de correlaciones y la significancia del cuestionario de evaluación prenatal ($KMO=.893$, $\chi^2=6299.74$, $df=465$, $p<.001$) indicando que los datos pueden ser sometidos al análisis factorial. La tabla 5 muestra el Análisis Factorial Confirmatorio realizado, arrojando una estructura de 4 factores que explican el 54.19% de la varianza.

Tabla 5

Análisis de factores del Cuestionario de Evaluación Prenatal

Reactivos	Factores				Extracción
	1	2	3	4	
4. Mi pareja me tranquiliza cuando	.89				.80
10. A mi pareja le gusta hablar...	.88				.79
3. Mi pareja y yo hablamos del...	.87				.76

(continúa)

Tabla 5

Análisis de factores del Cuestionario de Evaluación Prenatal (continuación)

Reactivos	Factores				Extracción
	1	2	3	4	
12. Como pareja tenemos un buen...	.86				.76
31. Puedo contar con mi pareja para compartir el cuidado del bebé...	.86				.75
17. Puedo contar con el soporte...	.84				.72
16. Mi pareja me ayuda en casa...	.83				.72
21. En el momento de tomar decisiones, mi pareja y yo...	.82				.70
20. Me angustian las posibles ...		.86			.74
23. Me preocupa que algo pueda ir...		.85			.73
30. No puedo dejar de pensar en los problemas que pueden surgir...		.83			.71
28. Tengo miedo de perder el bebé ...		.79			.62
15. Me preocupa que el parto se...		.76			.57
13. No dejo de pensar en los...		.73			.55
18. Tengo miedo a que puedan...		.73			.56
6. Me preocupa que el bebé pueda...		.68			.47
7. Pienso en lo peor cuando me duele..		.53			.30
14. Mi madre ya espera a su nieto			.87		.65
5. Mi madre está ilusionada con.....			.76		.65
8. Mi madre está contenta con mi...			.73		.63
22. Mi madre me da ánimos cuando...			.66		.44

(continúa)

Tabla 5

Análisis de factores del Cuestionario de Evaluación Prenatal (continuación)

Reactivos	Factores				Extracción
	1	2	3	4	
9. Mi madre me da buenos consejos			.52		.35
25. Mi madre me anima a que haga...			.51		.27
11. No me cuesta hablar con mi...			.40		.26
19. Cuando mi madre y yo estamos juntas, discutimos a menudo			.01		.35
29. Mi madre critica mis decisiones			.16		.49
27. Ojalá no estuviera embarazada				.66	.46
24. Me cuesta aceptar este embarazo				.65	.45
1. Creo que éste es un buen...				-.25	.25
2. Puedo tolerar las molestias del...				-.04	.09
26. Hasta el momento, éste ha sido...				-.15	.24
% de la varianza	19.44	16.92	10.91	6.93	
% acumulado	19.44	36.36	47.27	54.19	

Nota: n=439

El primer factor (denominado relación con la pareja) está definido por ocho reactivos (3, 4, 10, 12, 16, 17, 21 y 31) y el segundo factor (denominado preocupación por el bienestar propio y del bebé) por nueve reactivos (6, 7, 13, 15, 18, 20, 23, 28 y 30), de forma similar a lo establecido por el autor del instrumento. Estos factores aportan a las variables “apoyo de la pareja” e “incertidumbre del bienestar propio y del bebé” respectivamente. El tercer factor (relación con la madre) está definido por nueve reactivos. Se decide agregar los reactivos 19 y 29, que cargan en otro factor con valores mínimos y quitar los reactivos 1, 2 y 26, para dar un total de nueve reactivos (14, 5, 8,

22, 9, 25, 11, 19 y 29); concordando así con el autor del instrumento. Este factor se utilizó en el estudio para medir la variable relación con la madre.

El cuarto factor (se denomina aceptación del embarazo) se conforma por cuatro reactivos. Se decide quitar los reactivos 19 y 29, además de agregar los reactivos 1, 2 y 26 a pesar de que no cargan adecuadamente, para concordar con lo establecido por el autor del instrumento, quedando finalmente definido por 5 reactivos (27, 24, 1, 2 y 26). Estos reactivos en conjunto aportan a la variable aceptación del embarazo. En base a los resultados obtenidos en el análisis factorial del Cuestionario de Evaluación Prenatal, se puede deducir que el instrumento tiene validez de constructo.

Inventario de Afrontamiento Prenatal.

Se realizaron las pruebas de KMO y Barlett, el estudio de la matriz identidad y la matriz de correlaciones y la significancia del Inventario de Afrontamiento Prenatal ($KMO=.895$, $\chi^2=3596.14$, $df=231$, $p<.001$); se obtuvieron datos que indican que el inventario puede ser sometido al análisis factorial correspondiente.

La tabla 6 muestra el Análisis Factorial Confirmatorio realizado para analizar los reactivos del inventario de afrontamiento prenatal a través del método de extracción por Análisis de Componentes Principales y la rotación Varimax con normalización Kaiser y Máxima Verosimilitud. El cual arroja una estructura de 4 factores que explican el 54.02% de la varianza total en la variable dependiente.

Tabla 6

Análisis de factores del Inventario de Afrontamiento Prenatal

Reactivos	Factores				Extracción
	1	2	3	4	
18. Hacer planes para la compra de...	.74				.62
2. Fantasear acerca de ser mamá de...	.73				.61
21. Pensar en cómo serán las cosas...	.66				.58

(Continúa)

Tabla 6

Análisis de factores del Inventario de Afrontamiento Prenatal (continuación)

Reactivos	Factores				Extracción
	1	2	3	4	
9. Planear cómo voy a cuidar al bebé	.53				.56
14. Imaginar cómo irá el embarazo	.49				.49
10. Hablar con familiares o amigos...	.39				.37
1. Tratar de averiguar lo más que...	.10				.64
5. Planear cómo manejaré el parto	.30				.57
2. Redescubrir lo que es realmente...		.75			.63
4. Tratar de focalizar en los aspectos..		.62			.56
17. Sentir que el embarazo ha...		.27			.51
12. Sentirme afortunada de ser una ...		.29			.52
7. Sentir que tener un bebé será la...		.23			.49
6. Rezar para que el bebé sea sano(a)			.84		.79
13. Rezar para que todo salga bien...			.83		.79
8. Evitar en general estar con la gente				.73	.55
11. Dormir, en un esfuerzo de...				.71	.50
16. Trasladar mis frustraciones a...				.68	.48
3. Tratar de sentirme mejor comiendo				.53	.43
15. Desear haber salido ya del parto				.42	.29
19. Hacer algo que no hubiera...				.40	.41
20. Mantener mis sentimientos con...				.38	.48
% de la varianza	19.88	12.12	11.15	10.88	
% acumulado	19.88	31.99	43.14	54.02	

Nota: n=439

El primer factor (denominado preparación) se compone de 11 reactivos. Se decide quitar los reactivos 7, 12, 17, 19 y 20; además de agregar los reactivos 1 y 5 para que concuerden con el instrumento original, finalmente éste factor está integrado por los reactivos 1, 5, 9, 10, 14, 18, 21 y 22; los cuales aportan a la medición de la variable preparación en el embarazo. El segundo factor (se denomina interpretación positiva) se compone de cuatro reactivos. Se decide agregar los reactivos 7, 12, 17 y quitar el 1 y 5 de acuerdo a lo establecido por el autor del instrumento; quedando integrado por los reactivos 2, 4, 7, 12 y 17, los cuales aportan a la variable interpretación del embarazo en el presente estudio.

El tercer factor (llamado orar) está conformado por dos reactivos (6 y 13), concordando con lo establecido por el autor del instrumento original y aportan a la variable orar durante el embarazo. El cuarto factor (denominado evitación) se encuentra compuesto por cinco reactivos. Se decide agregar los reactivos 19 y 20, dando un total de siete reactivos que conforman la subescala original (3, 8, 11, 15, 16, 19 y 20). Los reactivos de éste factor aportan a la variable afrontamiento defensivo durante el embarazo. Al analizar los datos obtenidos del Análisis Factorial Confirmatorio realizado, se concluye que el Inventario de Afrontamiento Prenatal tiene validez de constructo.

Inventario de Apoyo Social para Embarazadas.

Se obtuvieron las pruebas de KMO y Barlett, el estudio de la matriz identidad y matriz de correlaciones y significancia del inventario de apoyo social para embarazadas ($KMO=.715$, $\chi^2=387.77$, $df=78$, $p<.001$) indicando que los datos pueden someterse al análisis factorial correspondiente. Se realizó el análisis factorial confirmatorio y se obtuvo una estructura de dos factores que explican el 61.92% del total de la varianza (ver tabla 7).

Tabla 7.

Análisis de factores del Inventario de Apoyo Social para Embarazadas

Reactivos	Factores		Extracción
	1	2	
13.- Apoyo emocional por parte del padre del bebé	.93		.88
2.- Cariño, amor, ternura por parte de su pareja	.91		.82
3.- Aceptación del embarazo por parte de su pareja	.90		.81
11.- Aceptación del embarazo del padre del bebé	.90		.81
12.- Apoyo económico por parte del padre del bebé	.90		.83
1.- Ser escuchada por mi pareja	.89		.79
7.- Ayudar en los quehaceres domésticos por parte de hijos/as mayores u otros familiares		.82	.69
10.- Ayuda para realizar varias diligencias en la calle		.81	.67
9.- Atención o cuidado por parte de su pareja o de algún familiar cuando se ha sentido quebrantada...		.65	.47
4.- Ayuda económica por parte de algún familiar.....		.63	.41
8.- Apoyo afectivo o emocional proveniente de...		.58	.35
5.- Consejos sobre el embarazo y crianza del bebé por parte de algún familiar cercano, madre, tía, abuela...		.50	.26
6.- Apoyo espiritual o religioso		.41	.25
% de la varianza	39.26	22.66	
% acumulado	39.26	61.92	

Nota: n=439

Al primer factor se le denomina “apoyo de la pareja” y se compone de seis reactivos (1, 2, 3, 11, 12 y 13). Se decide no utilizar este factor para la medición de variables en el estudio, debido a que contiene 3 reactivos (11, 12, y 13) que se refieren al apoyo del padre biológico del bebé, cuando no es la pareja actual de la adolescente;

dicha condición causa confusión en las participantes. El segundo factor está integrado por 7 reactivos (4, 5, 6, 7, 8, 9, 10) y fue utilizado para medir la variable “apoyo social”. En base al resultado del análisis factorial del Inventario de Apoyo Social para Embarazadas, se deduce que el instrumento tiene validez de constructo.

Escala de Resiliencia de Adolescentes en el Cuidado de su Embarazo.

Se realizaron las pruebas de KMO y Barlett, el estudio de la matriz identidad y la matriz de correlaciones y la significancia de la Escala de Resiliencia de Adolescentes en el Cuidado de su Embarazo ($KMO=.936$, $\chi^2=5521.07$, $df=351$, $p<.001$) indicando que los datos pueden ser sometidos al Análisis Factorial Confirmatorio correspondiente. En el análisis factorial confirmatorio se obtuvo una estructura de dos factores que explican el 44.90% del total de la varianza de la variable dependiente (ver tabla 8).

Tabla 8.

Análisis de factores de la Escala de Resiliencia de Adolescentes en el Cuidado de su Embarazo

Reactivo	Factores		Extracción
	1	2	
1.- Cuando hago planes para cuidar de mi embarazo...	.73		.54
9.- Siento que puedo manejar muchas cosas a la vez...	.71		.60
10.- Soy decidida al tomar decisiones para cuidar...	.71		.59
6.- Me siento orgullosa de cuidar de mi embarazo	.70		.60
17.- La confianza en mí misma me ayuda a salir...	.64		.57
15.- Mantengo interés en el cuidado de mi embarazo	.64		.55
5.- Puedo valerme por mí misma para cuidar de...	.60		.39
24.- Tengo la energía suficiente para cuidar de...	.60		.56
14.- Mi auto-disciplina me ha ayudado en el...	.59		.41
2.- Usualmente me las arreglo de un modo o de otro ...	.58		.36

(continúa)

Tabla 8.

Análisis de factores de la Escala de Resiliencia de Adolescentes..... (continuación)

Reactivo	Factores		Extracción
	1	2	
4.- Mantenerme interesada en el cuidado de mi ...	.58		.37
3.- Dependo de mi misma para el cuidado de mi...	.58		.34
18.- En una emergencia, soy una persona en que ...	.47		.43
13.- Puedo salir adelante cuando se me dificulta...	.38		.24
23.- Cuando estoy en una situación difícil...	.36		.54
19.- Ahora que estoy embarazada, usualmente puedo...	.17		.60
20.- Ahora que estoy embarazada, a veces me...	.02		.50
16.- Ahora que estoy embarazada, usualmente puedo...		.67	.48
22.- Ahora que estoy embarazada, no pienso en...		.65	.43
21.- Ahora que estoy embarazada, mi vida tiene...		.58	.41
11.- No es muy común que me pregunte cual es el...		.48	.26
26.- Es importante para mí mantenerme interesada....		.48	.31
27.- Mantengo interés en cosas aparte del cuidado....		.39	.24
7.- Ahora que estoy embarazada usualmente tomo....		.35	.51
12.- Ahora que estoy embarazada, tomo cada cosa a...		.35	.51
8.- Ahora que estoy embarazada soy amiga de mi...		.31	.62
% de la varianza	26.25	18.65	
% acumulado	26.25	44.90	

Nota: n=439

Al primer factor se le denomina “competencia personal”, el cual está integrado por 17 reactivos. Se decide agregar los reactivos 19, 20 y 23, además de no considerar el 7, 8 y 12, para que concuerde con lo establecido en la escala original. El segundo factor

denominado aceptación de un mismo y de la vida, está integrado por 10 reactivos”. A pesar de que no cargan de manera adecuada, se decide agregar los reactivos 7, 8, 12; y eliminar el 19, 20 y 23, para concordar con lo establecido por el autor del instrumento. En el presente estudio se consideró el cuestionario total para medir la variable resultado de resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes. Después de analizar las características psicométricas del instrumento, se deduce que tiene validez de constructo.

Consistencia interna de los instrumentos.

La consistencia interna de los instrumentos y cada una de sus subescalas fue valorada a través del coeficiente de Alpha de Cronbach. La tabla 9 muestra que todos los instrumentos utilizados en el estudio tiene consistencia interna aceptable de .70 a 1 (Burns & Grove, 2009); a excepción de la subescala aceptación del embarazo, en la cual se obtuvo un valor bajo, lo que concuerda con los autores del instrumento (Armengol, García-Dié & Chamarro, 2007). Se considera que una de las razones probables de esta situación, es que el embarazo en la adolescencia no es bien aceptado y tiene diferente significado para las adolescentes.

Tabla 9

Consistencia interna de los instrumentos y subescalas

Instrumento	Reactivos	α
Cambridge Worry Scale: Versión en Español	16	.91
Socioeconómico	6	.82
Sociomédico	4	.83
Salud	4	.83
Relaciones	2	.70
Cuestionario de Evaluación Prenatal	31	.85
Relación con la pareja	8	.95
Preocupación por el bienestar propio y del bebé	9	.90

(continúa)

Tabla 9

Consistencia interna de los instrumentos y subescalas (continuación)

Instrumento	Reactivos	α
Relación con la madre	9	.71
Aceptación del embarazo	5	.46
Inventario de Síntomas Físicos	33	.93
Inventario de Afrontamiento Prenatal	22	.89
Preparación	8	.84
Interpretación positiva	5	.78
Evitación	7	.70
Orar	2	.88
Inventario de Apoyo Social para Embarazadas	13	.84
Apoyo de la pareja	6	.96
Apoyo social	7	.78
Escala de Autoestima de Rosenberg	10	.76
Escala de Resiliencia de Adolescentes en el Cuidado de su Embarazo	27	.93
Competencia personal	17	.91
Aceptación de uno mismo y de la vida	10	.80

Nota: $n=439$, α =Coeficiente de Alpha de Cronbach

Estadística descriptiva de las variables

A continuación se presentan las variables que integran los factores de riesgo relacionados con el embarazo en la adolescencia y el afrontamiento defensivo durante el embarazo; seguidos de los factores de protección familiar, social e individual durante el embarazo y para finalizar, se muestra el factor resultado de resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes.

Los factores de riesgo relacionados con el embarazo están integrados por la incertidumbre del embarazo, incertidumbre del bienestar propio y del bebé y el estrés de los síntomas relacionados con el embarazo. Para la incertidumbre del embarazo se reportó una media de 2.01 ($DE=1.077$), lo que indica que a las adolescentes, en general tiene poca incertidumbre en su embarazo. La variable de incertidumbre del bienestar propio y del bebé, reportó una media de 17.80 ($DE=6.88$), indicando que las adolescentes algunas veces tienen incertidumbre por el propio bienestar y el de su bebé. Respecto al estrés de los síntomas relacionados con el embarazo, se reportó una media de 26.14 ($DE=20.03$), lo que significa que a las adolescentes no les estresa tener los síntomas relacionados con el embarazo (ver tabla 10).

Tabla 10

Estadística descriptiva de los factores de riesgo relacionados con el embarazo en la adolescencia

Variable	Min	Máx	\bar{X}	Mdn	DE	D^a	p
Incertidumbre del embarazo	0	5	2.01	1.94	1.08	1.33	.057
Incertidumbre del bienestar..	9	36	17.80	17.00	6.88	2.61	.001
Estrés de los síntomas...	1	117	26.14	21.00	20.03	3.03	.001

Nota: $n=439$, Min=mínima, Máx=máxima, \bar{X} =media, Mdn = mediana, DE=desviación estándar, D^a = Estadístico de la prueba de Kolmogorov-Smirnov, p =valor de p.

Adicionalmente, se analizaron los motivos de la incertidumbre en el embarazo, siendo las principales causas la posibilidad de algún problema con su bebé, el nacimiento y la posibilidad de perder el bebé (ver tabla 11).

Tabla 11

Motivos de la incertidumbre del embarazo

Reactivo	\bar{X}	Mdn	DE
Vivienda	1.23	.00	1.50
Problemas económicos	1.80	2.00	1.58

(continúa)

Tabla 11

Motivos de la incertidumbre del embarazo (continuación)

<i>Reactivo</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
Problemas legales	.58	.00	1.16
La relación con su esposo o pareja	1.00	.00	1.53
La relación con su familia y amigos	1.19	.00	1.66
Su salud	2.59	3.00	1.87
La salud de alguien importante para usted	2.65	3.00	1.81
Problemas de trabajo / escuela	1.07	.00	1.60
La posibilidad de algún problema con su bebé	3.51	4.00	1.72
Llegar al hospital	2.49	3.00	1.72
Revisión de genitales	2.10	2.00	1.74
Nacimiento	3.04	4.00	1.74
Afrontarse con el nuevo bebé	2.29	2.00	1.91
Dejar su trabajo / escuela	1.09	.00	1.69
Su pareja estará con usted en el nacimiento	1.53	.00	1.83
La posibilidad de perder el bebé	4.02	5.00	1.58

Nota: $n=439$, \bar{X} =media, Mdn = mediana, DE =desviación estándar.

El afrontamiento defensivo durante el embarazo reportó una media de 1.23 ($DE=.61$), indicando que las participantes algunas veces utilizan el tipo de afrontamiento de evitación durante embarazo. Se puede apreciar que los factores de riesgo relacionados con el embarazo y el afrontamiento defensivo durante el embarazo, no presentaron distribución normal.

Los factores de protección familiar durante el embarazo están integrados por la relación con la madre y el apoyo familiar. La relación con la madre reportó una media de 30.21 ($DE=4.60$), éste valor indica que la madre de la adolescente frecuentemente

está disponible para apoyarla durante el embarazo. Respecto al apoyo familiar, se obtuvo una media de 16.75 ($DE=.4.20$) indicando que las participantes tienen leve funcionalidad familiar. Se observa que los factores de protección familiar durante el embarazo, no presentaron distribución normal (tabla 12).

Tabla 12

Estadística descriptiva de los factores de protección familiar durante el embarazo

Variable	Min	Máx	\bar{X}	Mdn	DE	D^a	p
Relación con la madre	11	36	30.21	31	4.60	2.55	.001
Apoyo familiar	0	20	16.75	19	4.20	.48	.001

Nota: $n=439$, Min=mínima, Máx=máxima, \bar{X} =media, Mdn=mediana, p =valor de p , DE =Desviación estándar, D^a = Estadístico de la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

Los factores de protección social durante el embarazo incluyen el apoyo social y el apoyo de la pareja. El apoyo social reporta una media de 3.23 ($DE=.55$), esto indica que las adolescentes se encuentran insatisfechas con el apoyo social recibido durante su embarazo. La relación con la pareja, obtuvo una media de 24.76 ($DE=7.96$) indicando que las adolescentes perciben que su pareja las apoya algunas veces durante su embarazo. Los resultados obtenidos indican que los factores de protección social no presentaron distribución normal (ver tabla 13).

Tabla 13

Estadística descriptiva de los factores de protección social durante el embarazo

Variable	Min	Máx	\bar{X}	Mdn	DE	D^a	p
Apoyo social	1.43	4	3.23	3.28	.55	2.14	.001
Apoyo de la pareja	8.00	32	24.76	28.00	7.96	4.48	.001

Nota: $n=439$, Min=mínima, Máx=máxima, \bar{X} =media, Mdn =mediana, p =valor de p , DE =Desviación estándar, D^a = Estadístico de la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

Los factores de protección individual durante el embarazo se encuentran integrados por el afrontamiento positivo al embarazo (preparación en el embarazo y orar durante el embarazo), significado positivo del embarazo (interpretación del embarazo y aceptación del embarazo) y la autoestima durante el embarazo. En relación a la preparación en el embarazo, las adolescentes mostraron una media de 2.27 ($DE=.61$), lo cual indica que las adolescentes frecuentemente tienen una preparación en su embarazo. De forma semejante, el orar durante el embarazo, mostró una media de 1.91 ($DE=1.50$), indicando que las adolescentes algunas veces rezan por su bebé. La interpretación del embarazo, reportó una media de 2.16 ($DE=.71$); lo que significa que las adolescentes frecuentemente tienen una interpretación positiva de su embarazo. La aceptación del embarazo, reportó una media de 14.47 ($DE=2.83$), lo que indica que las adolescentes frecuentemente aceptan su embarazo. Respecto a la autoestima, se reportó una media de 31.79 ($DE=4.85$) demostrando que las adolescentes tienen una autoestima elevada durante su embarazo. Se muestra que los factores de protección individual durante el embarazo, no presentaron distribución normal (ver tabla 14).

Tabla 14

Estadística descriptiva de los factores de protección individual durante el embarazo

Variable	<i>Min</i>	<i>Máx</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	D^a	<i>p</i>
Preparación en el embarazo	0	3	2.27	2.38	.61	2.78	.001
Orar durante el embarazo	0	3	1.91	1.50	.91	4.07	.001
Interpretación del embarazo	0	3	2.16	2.20	.71	2.47	.001
Aceptación del embarazo	4	20	14.47	15.00	2.83	1.85	.002
Autoestima	14	40	31.79	32.00	4.85	1.69	.007

Nota: $n=439$, *Min*= mínima, *Máx* =máxima, \bar{X} =media, *Mdn*=mediana, *DE*=Desviación estándar, D^a = Estadístico de la prueba de Kolmogorov-Smirnov, *p* = valor de p.

La resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes mostró una media de 110.98 ($DE=15.61$, $D^a=1.30$, $p=.069$), lo cual indica que tienen una alta capacidad de resiliencia. Los resultados encontrados, indican que los datos tienen una distribución normal. Adicionalmente se realizó una tabla de contingencia para mostrar el tipo de resiliencia que tienen las adolescentes según su edad para el cuidado de su embarazo; en donde se puede observar que la mayoría de las participantes mostró una alta capacidad de resiliencia en todos los grupos de edad (ver tabla 15).

Tabla 15

Tipo de resiliencia según la edad de las participantes

Edad		Resiliencia			Total
		Escasa Capacidad	Moderada Capacidad	Alta Capacidad	
11-13	<i>f</i>	0	2	6	8
	<i>%</i>	0	25	75	100
14-15	<i>f</i>	2	16	86.00	104
	<i>%</i>	1.90	15.40	82.70	100
16-17	<i>f</i>	3	59	265	327
	<i>%</i>	.09	18	81	100
Total	<i>f</i>	5	77	357	439
	<i>%</i>	1.10	17.50	81.30	100

Nota: $n=439$

Debido a que ninguna de las variables independientes propuestas en el modelo, presentó distribución normal, se decidió utilizar correlaciones de Spearman, para calcular la asociación existente entre las variables.

Estadística inferencial para la comprobación de objetivos

Para los objetivos específicos se realizaron diversos modelos de regresión lineal uni y multivariados que se presentan a continuación. Posteriormente, se muestran los modelos generados bajo la técnica intro y backward, para dar respuesta al objetivo general y finalmente se presenta el modelo de resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes comprobado.

Para dar respuesta al objetivo uno, se determinó la relación entre los factores de riesgo relacionados con el embarazo en la adolescencia (incertidumbre del embarazo, incertidumbre del bienestar propio y del bebé y estrés de los síntomas relacionados con el embarazo) y la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes. Se encontró una relación inversa significativa pero baja ($r = -.216, p < .05$), entre el estrés de los síntomas relacionados con el embarazo y la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes. Además de una relación negativa significativa ($r = -.146, p < .01$) entre la incertidumbre del bienestar propio y del bebé y la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes. No se encontró relación entre la incertidumbre del embarazo y la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes (ver tabla 16).

Tabla 16

Relación entre los factores de riesgo relacionados con el embarazo en la adolescencia y la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes

Variable	Resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes
Incertidumbre del embarazo	-.030
Incertidumbre del bienestar propio y del bebé	-.146*
Estrés de los síntomas relacionados con el embarazo	-.216*

Nota: * $p < .01, n = 439$

Se realizó un modelo considerando como variables independientes, la incertidumbre del embarazo, incertidumbre del bienestar propio y del bebé y el estrés de los síntomas relacionados con el embarazo; la variable dependiente fue la resiliencia

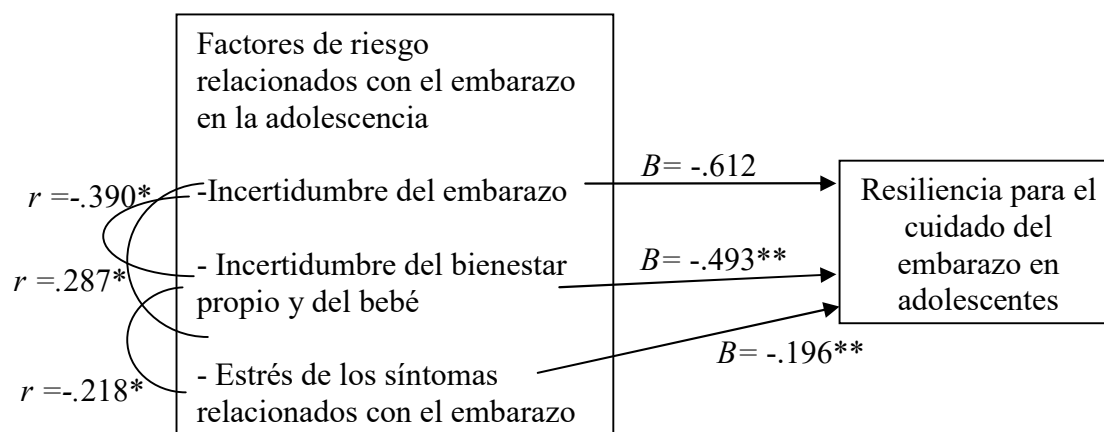
para el cuidado del embarazo en adolescentes. Se encontró una influencia negativa con efecto grande de la incertidumbre del bienestar propio y del bebé, en la resiliencia para el cuidado del embarazo. Además de una asociación negativa con efecto moderado entre el estrés de los síntomas relacionados con el embarazo y la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes. El modelo fue significativo ($F_{[3,435]}=13.86, p<.05$) y explica 8.10% del total de la varianza (ver tabla 17 y figura 10).

Tabla 17

Modelo con bootstrap de la influencia de los factores de riesgo, en la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes

Variables	B	p	Intervalo de confianza 95%	
			LI	LS
Incertidumbre del embarazo	-.612	.388	-2.041	.690
Incertidumbre del bienestar propio y...	-.493	.001*	-.738	-.261
Estrés de los síntomas relacionados...	-.196	.001*	-.276	- .115

Nota: * $p<.01$; variable resultado: resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes.



Nota: * $p<.05$; ** $p<.01$, $n=439$

Figura 10. Representación de la influencia de los factores de riesgo relacionados con el embarazo en la adolescencia, en la resiliencia para el cuidado del embarazo

En el objetivo dos, se estableció determinar la asociación entre los factores de riesgo relacionados con el embarazo en la adolescencia (incertidumbre del embarazo, incertidumbre del bienestar propio y del bebé y estrés de los síntomas relacionados con el embarazo) y el afrontamiento defensivo durante el embarazo. En respuesta a éste objetivo, se reportó una relación inversa pero significativa ($r = -.315, p < .01$) entre incertidumbre del bienestar propio y del bebé y el afrontamiento defensivo durante el embarazo. No se encontró correlación entre la incertidumbre el embarazo y el estrés de los síntomas relacionados con el embarazo, con el afrontamiento defensivo (tabla 18).

Tabla 18

Relación entre los factores de riesgo relacionados con el embarazo en la adolescencia y el afrontamiento defensivo durante el embarazo

Variable	Afrontamiento defensivo durante el embarazo
Incetidumbre del embarazo	-.038
Incetidumbre del bienestar propio y del bebé	-.315*
Estrés de los síntomas relacionados con el embarazo	.038

*Nota:** $p < .01, n = 439$

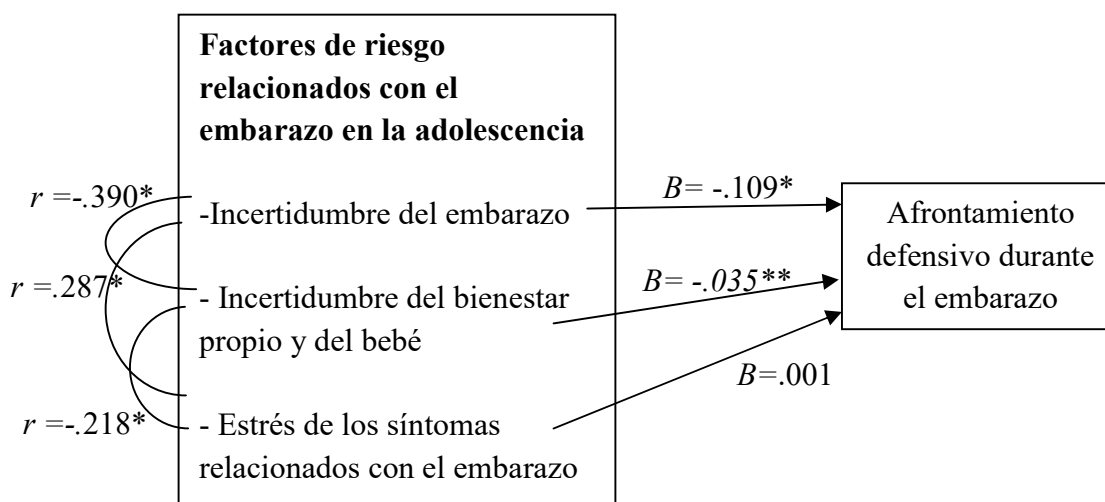
En el presente modelo se incluyeron la incertidumbre del embarazo, la incertidumbre del bienestar propio y del bebé y el estrés de los síntomas relacionados con el embarazo, como variables independientes; y el afrontamiento defensivo durante el embarazo, como la variable dependiente. Existe una influencia negativa con efecto moderado de la incertidumbre del embarazo en el afrontamiento defensivo durante el embarazo; y una asociación negativa con efecto muy pequeño entre la incertidumbre del bienestar propio y del bebé y el afrontamiento defensivo. El modelo es significativo ($F_{[3,435]} = 21.71, p < .05$) y explica 12.40% del total de la varianza (tabla 19 y figura 11).

Tabla 19

Modelo con bootstrap de la influencia de los factores de riesgo relacionados con el embarazo en la adolescencia, en el afrontamiento defensivo durante el embarazo

Variables	B	p	Intervalo de confianza 95%	
			LI	LS
Incertidumbre del embarazo	-.109	.002*	-.169	-.049
Incertidumbre del bienestar propio...	-.035	.001*	-.044	-.024
Estrés de los síntomas relacionados..	.001	.815	-.002	.003

Nota: * $p < .05$, variable resultado: afrontamiento defensivo durante el embarazo.



Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$

Figura 11. Representación de la influencia de los factores de riesgo relacionados con el embarazo en la adolescencia, en el afrontamiento defensivo durante el embarazo

Para dar respuesta al objetivo tres se calculó la relación entre el afrontamiento defensivo y la resiliencia para el cuidado del embarazo; encontrando una relación positiva significativa pero baja ($r = .215$, $p < .01$) entre ambas variables.

Se realizó un modelo de regresión lineal simple para observar la varianza explicada por el modelo, en donde se consideró como variable independiente el

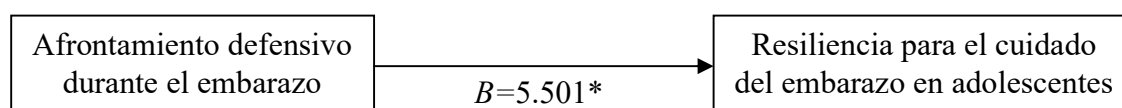
afrontamiento defensivo durante el embarazo y como variable dependiente la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes. Se observó una influencia positiva con efecto muy grande del afrontamiento defensivo durante el embarazo, en la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes. Se encontró un modelo significativo ($F_{[1,437]}=21.25, p<.05$) y explica el 4.40% de la varianza (tabla 20 y figura 12).

Tabla 20

Modelo con bootstrap de la influencia del afrontamiento defensivo durante el embarazo, en la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes

Variables	B	p bilateral	Intervalo de confianza 95%	
			LI	LS
Afrontamiento defensivo durante el embarazo	5.501	.001*	2.648	8.221

Nota: * $p=.01$, variable resultado: resiliencia para el cuidado del embarazo.



Nota: * $p<.01$

Figura 12. Representación de la influencia del afrontamiento defensivo durante el embarazo, en la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes

El objetivo cuatro consistió en establecer el efecto mediador del afrontamiento defensivo durante el embarazo, en la relación entre los factores de riesgo relacionados con el embarazo en la adolescencia y la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes. Se encontró una relación significativa negativa entre la incertidumbre del bienestar propio y del bebé ($r=-.146, p<.05$) y el estrés de los síntomas relacionados con el embarazo ($r=-.216, p<.05$), con la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes. Además se reportó una relación positiva entre el afrontamiento defensivo

y la resiliencia para el cuidado del embarazo ($r=.215, p<.01$). No se observó relación entre la incertidumbre del embarazo y la resiliencia para el cuidado del embarazo.

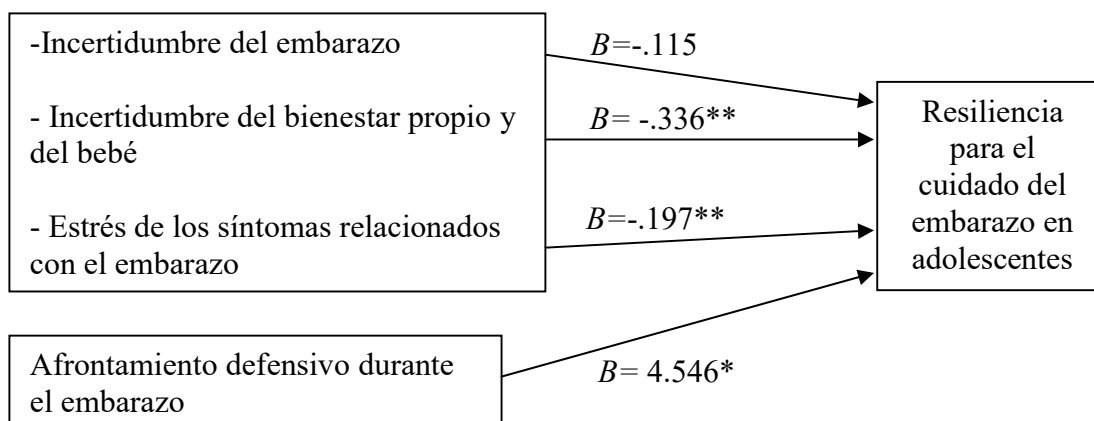
Posteriormente, se conformó un modelo, con las siguientes variables independientes: incertidumbre del embarazo, incertidumbre del bienestar propio y del bebé, el estrés de los síntomas relacionados con el embarazo y el afrontamiento defensivo durante el embarazo; considerando como variable dependiente, la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes. Se observó una asociación negativa con efecto moderado entre el estrés de los síntomas relacionados con el embarazo y la resiliencia para el cuidado del embarazo; además de una asociación negativa con efecto grande de la incertidumbre del bienestar propio del bebé, en la resiliencia para el cuidado del embarazo. Existe influencia positiva con efecto muy grande del afrontamiento defensivo durante el embarazo, en la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes. Se obtuvo un modelo significativo ($F_{[4,434]}=14.07, p<.05$) y que explica el 10.70% del total de la varianza (ver tabla 21 y figura 13).

Tabla 21

Modelo con bootstrap de la influencia de los factores de riesgo y el afrontamiento defensivo, en la resiliencia para el cuidado del embarazo.

Variables	<i>B</i>	<i>p</i> bilateral	Intervalo de confianza 95%	
			<i>LI</i>	<i>LS</i>
Incetidumbre del embarazo	-.115	.881	-1.485	1.267
Incetidumbre del bienestar propio y del bebé	-.336	.011*	-.591	-.095
Estrés de los síntomas relacionados con el embarazo	-.197	.001*	-.281	-.116
Afrontamiento defensivo durante el embarazo	4.546	.006*	1.334	7.515

Nota: * $p<.05$, variable resultado: resiliencia para el cuidado del embarazo



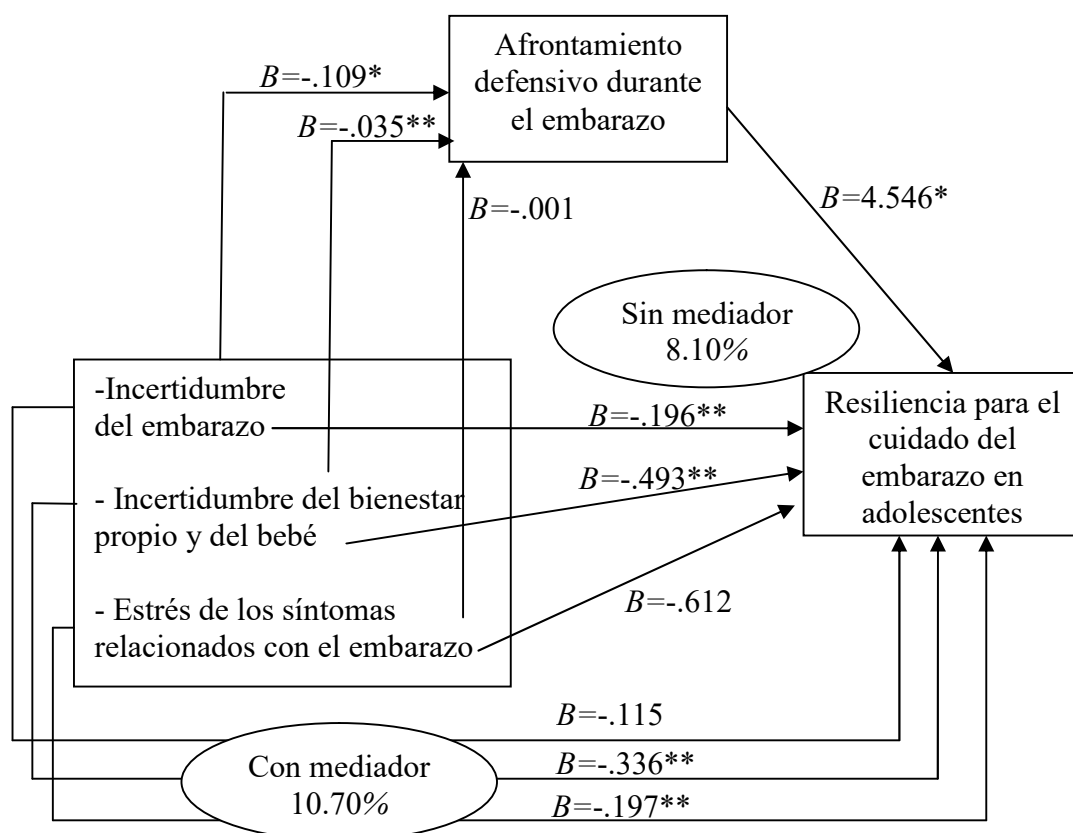
Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$, $n = 439$

Figura 13. Representación de la influencia de los factores de riesgo relacionados con el embarazo, el afrontamiento defensivo y la resiliencia para el cuidado del embarazo

Para determinar el efecto de mediación de una variable, Baron y Kenny (1986) establecen que la variable independiente debe influir en la variable mediadora (en la primera ecuación de regresión); la variable independiente debe mostrar un efecto significativo sobre la variable dependiente (segunda ecuación) y cuando la variable mediadora influya en la variable dependiente (tercera ecuación). Finalmente se debe comprobar el efecto mediador, cuando la variable independiente influya de manera significativa, al incluirse en la ecuación al mediador o aumente la varianza explicada.

Por lo tanto, se realizaron los análisis de regresión correspondientes y se observó que se cumplen con los requisitos de mediación. En la primera ecuación, la incertidumbre del bienestar propio y del bebé y el estrés de los síntomas relacionados con el embarazo (variables independientes) influyen en el afrontamiento defensivo (variable mediadora), al encontrarse una $B = -.109$ y $B = .035$ ambas significativas respectivamente. En la segunda ecuación, se observa que la incertidumbre del bienestar propio y del bebé y el estrés de los síntomas (variables independientes) muestra un efecto significativo ($B = -.493$ y $B = -.196$ respectivamente) sobre la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes (variable dependiente).

En la tercera ecuación, la variable mediadora es el afrontamiento defensivo durante el embarazo, la cual influye de manera significativa ($B=5.201$) sobre la resiliencia para el cuidado del embarazo (variable dependiente). Por último, se corrobora el efecto mediador del afrontamiento defensivo, al observar que las variables independientes cambia su significancia al incluir en la ecuación al mediador; aunado a ello, la varianza explicada alcanza el 10.70% con el mediador en el modelo, frente al 8.10% sin el mediador. Los resultados antes descritos permiten determinar que la variable afrontamiento defensivo durante el embarazo actúa como variable mediadora, en la relación entre los factores de riesgo relacionados con el embarazo y la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes (ver figura 14).



Nota: $*p < .05$; $**p < .01$, $n = 439$

Figura 14. Efecto de mediación del afrontamiento defensivo durante el embarazo, en la relación entre los factores de riesgo y la resiliencia para el cuidado del embarazo

El objetivo cinco consiste en determinar la relación entre los factores de protección familiar durante el embarazo (relación con la madre y apoyo familiar) y la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes. Al respecto, en la tabla 22 se muestra la relación significativa encontrada entre todas las variables.

Tabla 22

Relación entre los factores de protección familiar durante el embarazo y la resiliencia para el cuidado del embarazo

Variable	Resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes
Relación con la madre	.302*
Apoyo familiar	.387*

Nota: * $p=.01$, $n=439$

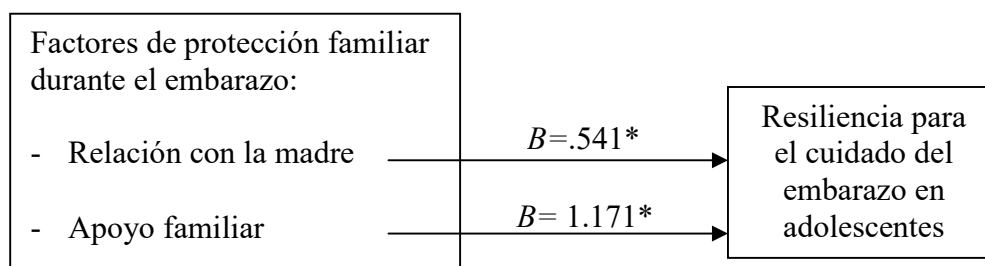
Se realizó un modelo de regresión lineal múltiple para observar la varianza explicada por el modelo propuesto, en donde se consideró como variables independientes, la relación con la madre y el apoyo familiar; y como variable dependiente, la resiliencia para el cuidado del embarazo. Hay una influencia positiva con efecto muy grande entre la relación con la madre y el apoyo familiar, en la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes. El modelo fue significativo ($F_{[2,435]}=44.41$, $p<.001$) y explica el 16.60% de la varianza en la variable dependiente (ver tabla 23 y figura 15).

Tabla 23

Modelo con bootstrap de la influencia de los factores de protección familiar durante el embarazo, en la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes

Variables	<i>B</i>	<i>p</i>	Intervalo de confianza 95%	
			<i>LI</i>	<i>LS</i>
Relación con la madre	.541	.006*	.187	.898
Apoyo familiar	1.171	.001*	.694	1.648

Nota: * $p<.01$. Variable resultado: resiliencia para el cuidado del embarazo



Nota: * $p < .01$, $n=439$

Figura 15. Relación de los factores de protección familiar durante el embarazo y la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes

El sexto objetivo consistió en medir la asociación entre los factores de protección familiar durante el embarazo (relación con la madre y apoyo familiar) y el afrontamiento defensivo durante el embarazo. Para dar respuesta a éste objetivo específico se encontró una correlación positiva significativa entre las variables (ver tabla 24)

Tabla 24

Relación entre los factores de protección familiar durante el embarazo y el afrontamiento defensivo durante el embarazo

Variable	Afrontamiento defensivo durante el embarazo
Relación con la madre	.076*
Apoyo familiar	.122**

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$, $n=439$

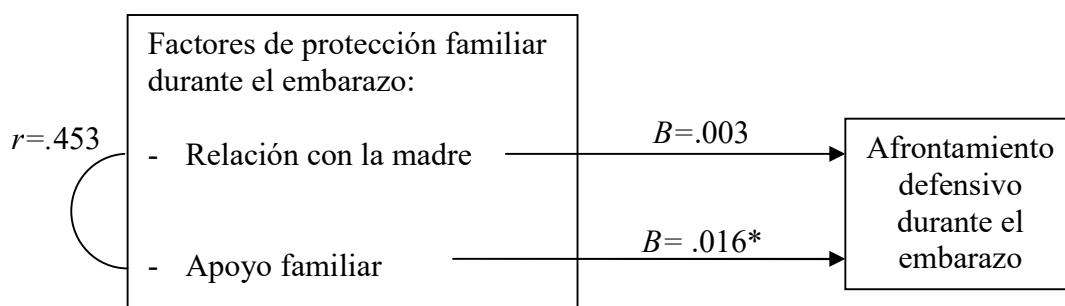
Por otra parte, se realizó un modelo de regresión múltiple, incluyendo la relación con la madre y el apoyo familiar, como variables independientes y el afrontamiento defensivo durante el embarazo, como variable dependiente. En el cual se encontró una correlación con efecto muy pequeño entre el apoyo familiar y el afrontamiento defensivo durante el embarazo. El modelo mostró ser significativo ($F_{[2,435]}=3.41$, $p=.034$) y que explica el 1.10% de la varianza total en la variable dependiente (tabla 25 y figura 16).

Tabla 25

Modelo con bootstrap de la influencia de los factores de protección familiar durante el embarazo, en el afrontamiento defensivo durante el embarazo

Variables	<i>B</i>	<i>p</i>	Intervalo de confianza 95%	
			<i>LI</i>	<i>LS</i>
Relación con la madre	.003	.621	-.010	.016
Apoyo familiar	.016	.028*	.001	.030

Nota: * $p < .05$. Variable resultado: afrontamiento defensivo durante el embarazo.



Nota: * $p < .05$; $n = 439$

Figura 16. Relación de los factores de protección familiar durante el embarazo y el afrontamiento defensivo durante el embarazo.

El séptimo objetivo específico fue establecer el efecto mediador del afrontamiento defensivo durante el embarazo en la relación entre los factores de protección familiar durante el embarazo (relación con la madre y apoyo familiar) y la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes. Para dar respuesta al presente objetivo, como primer paso, se determinaron las correlaciones entre las variables, encontrando una relación positiva significativa entre la relación con la madre, el apoyo familiar durante el embarazo y con el afrontamiento defensivo durante el embarazo, con la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes (ver tabla 26).

Tabla 26

Relación entre los factores de protección familiar durante el embarazo, el afrontamiento defensivo y la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes

Variable	Resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes
Relación con la madre	.302*
Apoyo familiar	.387*
Afrontamiento defensivo durante el embarazo	.215*

Nota: * $p < .01$, $n = 439$

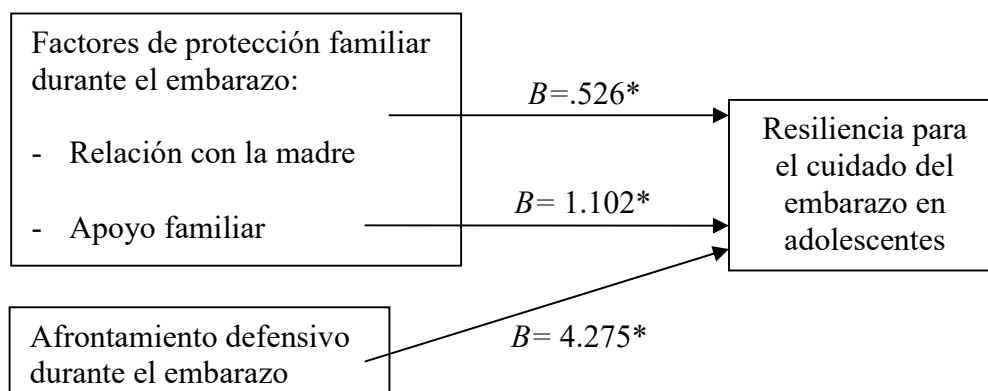
El segundo paso fue realizar un modelo de regresión múltiple, en donde se consideraron como variables independientes, la relación con la madre, el apoyo familiar y el afrontamiento defensivo durante el embarazo; contemplando como variable dependiente, la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes. Se encontró una influencia positiva con un efecto muy grande, de la relación con la madre, el apoyo familiar el afrontamiento defensivo durante el embarazo; en la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes. El modelo resultó ser significativo ($F_{[3,434]} = 35.53$, $p < .001$) y explica el 19.20% de la varianza (ver tabla 27 y figura 17).

Tabla 27

Modelo con bootstrap de la influencia de los factores de protección familiar y el afrontamiento defensivo, en la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes

Variables	<i>B</i>	<i>p</i> bilateral	Intervalo de confianza 95%	
			<i>LI</i>	<i>LS</i>
Relación con la madre	.526	.006*	.147	.882
Apoyo familiar	1.102	.001*	.644	1.572
Afrontamiento defensivo durante el embarazo	4.275	.003*	1.187	6.711

Nota: * $p < .05$. Variable resultado: resiliencia para el cuidado del embarazo



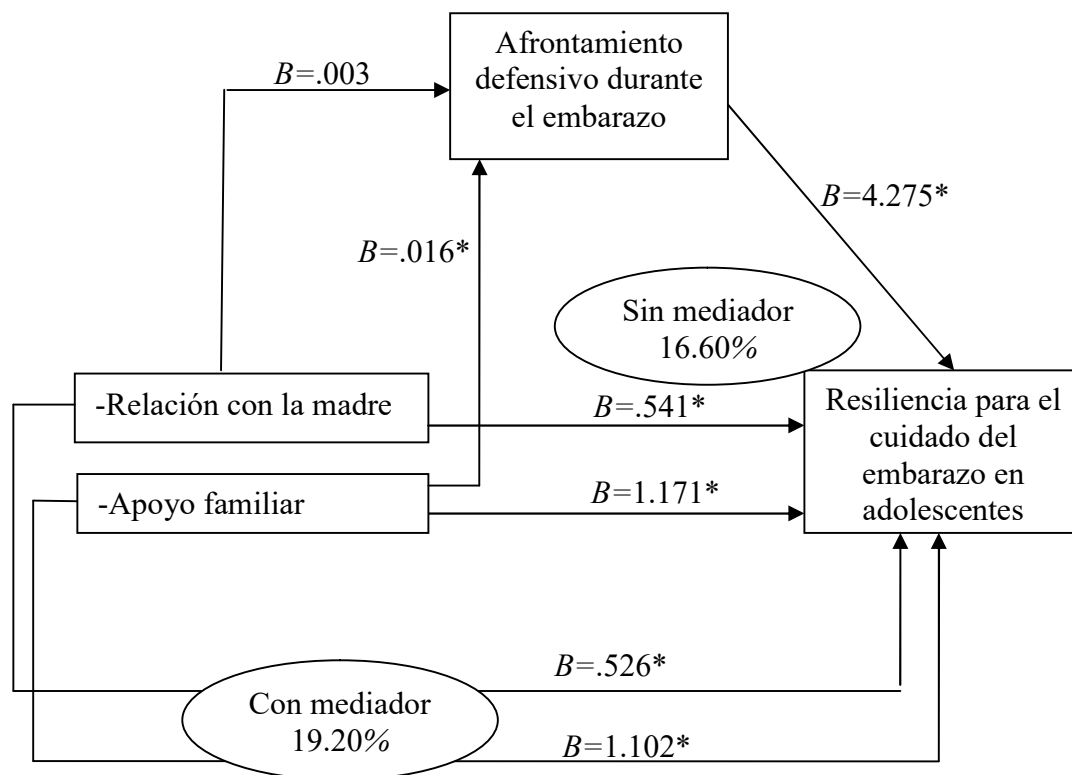
Nota: $*p < .01$, $n = 439$

Figura 17. Relación de los factores de protección familiar, el afrontamiento defensivo durante el embarazo y la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes

Respecto al efecto mediador de la variable afrontamiento defensivo durante el embarazo, en la figura 18 se observa que se cumplen con los requisitos de mediación. En la primera ecuación de regresión se reporta que la relación con la madre y el apoyo familiar (variables independientes) influyen en el afrontamiento defensivo durante el embarazo (variable mediadora), al encontrarse una $B = .003$ y $B = .016$, siendo ésta última significativa. En la segunda ecuación de regresión, se observa que la relación con la madre y el apoyo familiar (variables independientes) muestra un efecto significativo ($B = 1.171$ y $B = .541$ respectivamente) sobre la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes (variable dependiente). En la tercera ecuación de regresión, la variable mediadora es el afrontamiento defensivo durante el embarazo, la cual influye de manera significativa ($B = 4.275$) sobre la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes (variable dependiente).

Por último, se corrobora el efecto mediador del afrontamiento defensivo durante el embarazo, al observar que las variables independientes (la relación con la madre y el apoyo familiar) cambian su significancia al incluir en la ecuación al mediador ($B = .526\%$, $p < .05$ y $B = 1.102$, $p < .05$) y la varianza explicada cambia de 16.60% sin la

variable mediadora, hasta 19.20% con el efecto mediador. Los resultados antes descritos demuestran que la variable afrontamiento defensivo durante el embarazo actúa como variable mediadora entre la relación de los factores de protección familiar durante el embarazo y la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes (ver figura 18).



Nota: $*p < .05$; $n = 439$

Figura 18. Efecto de mediación del afrontamiento defensivo durante el embarazo, en la relación entre los factores de protección familiar y la resiliencia para el cuidado del embarazo

En el octavo objetivo se estableció observar la asociación entre los factores de protección social durante el embarazo (apoyo social y apoyo de la pareja) y la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes. Al respecto, se encontró una relación positiva significativa entre el apoyo social y el apoyo de la pareja, con la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes (ver tabla 28).

Tabla 28

Relación entre los factores de protección social durante el embarazo y la resiliencia para el cuidado del embarazo

Variable	Resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes
Apoyo social	.387*
Apoyo de la pareja	.168*

Nota: * $p = .01$, $n = 439$

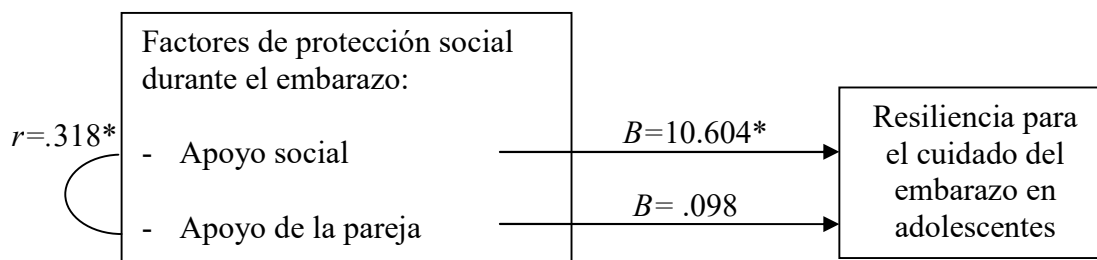
Se realizó un modelo para observar la varianza explicada por el modelo, en donde se consideró como variables independientes, el apoyo social y el apoyo de la pareja; y como variable dependiente, la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes (ver tabla 29). Cabe destacar, que se encontró una influencia con efecto muy grande del apoyo social en la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes. El modelo total es significativo ($F_{[2,436]} = 39.15$, $p < .001$) y además, explica el 14.80% de la varianza (ver figura 19).

Tabla 29

Modelo con bootstrap de la influencia de los factores de protección social durante el embarazo, en la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes

Variables	<i>B</i>	<i>p</i> bilateral	Intervalo de confianza 95%	
			LI	LS
Apoyo social	10.604	.001*	7.359	14.138
Apoyo de la pareja	.098	.292	-.071	.283

Nota: * $p < .01$. Variable resultado: resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes



Nota: * $p < .05$, $n=439$

Figura 19. Relación de los factores de protección social durante el embarazo y la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes

El objetivo nueve consiste en determinar la relación entre los factores de protección social durante el embarazo (apoyo social y apoyo de la pareja) y el afrontamiento defensivo durante el embarazo. En respuesta a ello, se encontró que el apoyo social se relaciona de manera positiva significativa con el afrontamiento defensivo durante el embarazo; y se correlaciona con la variable relación con la pareja es no significativa (tabla 30).

Tabla 30

Relación entre los factores de protección social y el afrontamiento defensivo durante el embarazo

Variable	Afrontamiento defensivo durante el embarazo
Apoyo social	.116*
Apoyo de la pareja	.034

Nota: * $p < .01$, $n=439$

De igual forma, se realizó un modelo incluyendo el apoyo social y el apoyo de la pareja como variables independientes y el afrontamiento defensivo durante el embarazo como variable dependiente. Se reporta que el apoyo social influye de manera positiva y con efecto moderado en la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes. El

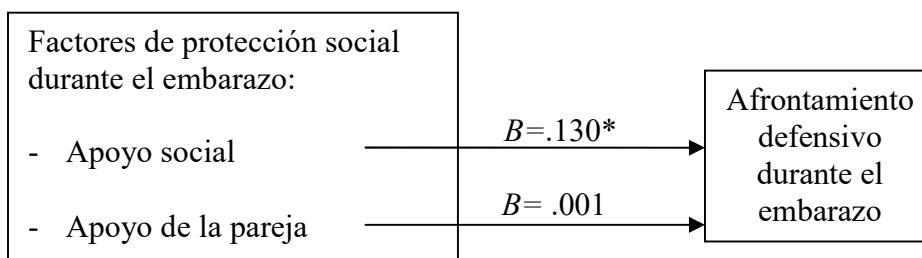
modelo generado explica el 9% de la varianza de la variable dependiente, pero es no significativo ($F_{[2,436]}=2.95, p>.05$; ver tabla 31 y figura 20).

Tabla 31

Modelo con bootstrap de la influencia de los factores de protección social en el afrontamiento defensivo durante el embarazo

Variabes	<i>B</i>	<i>p</i> bilateral	Intervalo de confianza 95%	
			<i>LI</i>	<i>LS</i>
Apoyo social	.130	.021*	.016	.243
Apoyo de la pareja	.001	.960	-.009	.007

Nota: * $p<.05$. Variable resultado: resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes



Nota: * $p<.05$, $n=439$

Figura 20. Relación de los factores de protección social y el afrontamiento defensivo durante el embarazo

En el décimo objetivo, se estableció medir el efecto mediador del afrontamiento defensivo durante el embarazo entre la relación de los factores de protección social durante el embarazo (apoyo social y apoyo de la pareja) y la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes. Para dar respuesta a éste objetivo, se determinó la relación entre las variables implicadas, encontrando una relación positiva significativa entre la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes con el apoyo social, apoyo de la pareja y con el afrontamiento defensivo durante el embarazo (ver tabla 32).

Tabla 32

Relación entre los factores de protección social, el afrontamiento defensivo durante el embarazo y la resiliencia para el cuidado del embarazo

Variable	Resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes
Apoyo social	.387*
Apoyo de la pareja	.168*
Afrontamiento defensivo durante el embarazo	.215*

Nota: * $p < .01$, $n=439$

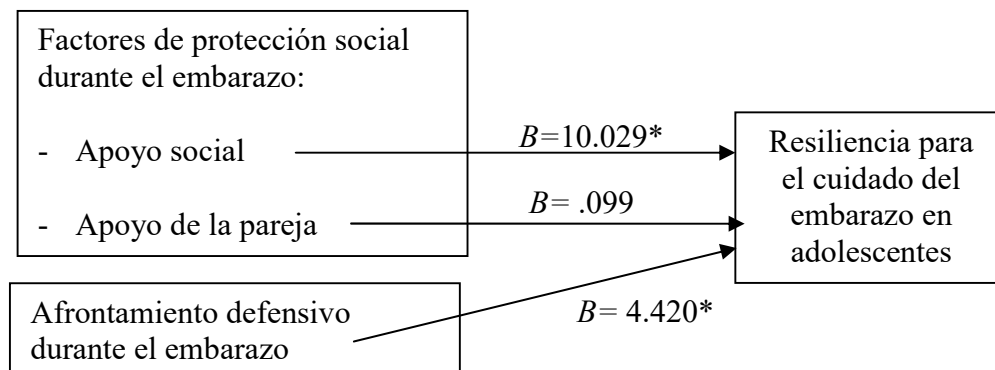
Se diseñó un modelo de regresión múltiple con el objetivo de observar la varianza explicada, considerando como variables independientes, el apoyo social, el apoyo de la pareja y el afrontamiento defensivo durante el embarazo; la variable dependiente fue la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes (ver tabla 33). Se observó una influencia positiva con efecto muy grande del apoyo social y el afrontamiento defensivo durante el embarazo, en la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes. El modelo total es significativo ($F_{[3,435]}=32.21$, $p < .05$) y explica el 17.60% de la varianza de la variable dependiente (ver figura 21).

Tabla 33

Modelo con bootstrap de la influencia de los factores de protección social y el afrontamiento defensivo, en la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes

Variabes	<i>B</i>	<i>p</i> bilateral	Intervalo de confianza 95%	
			<i>LI</i>	<i>LS</i>
Apoyo social	10.029	.001*	6.872	13.237
Apoyo de la pareja	.099	.271	-.073	.280
Afrontamiento defensivo durante...	4.420	.003*	1.392	6.955

Nota: * $p < .05$. Variable resultado: resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes



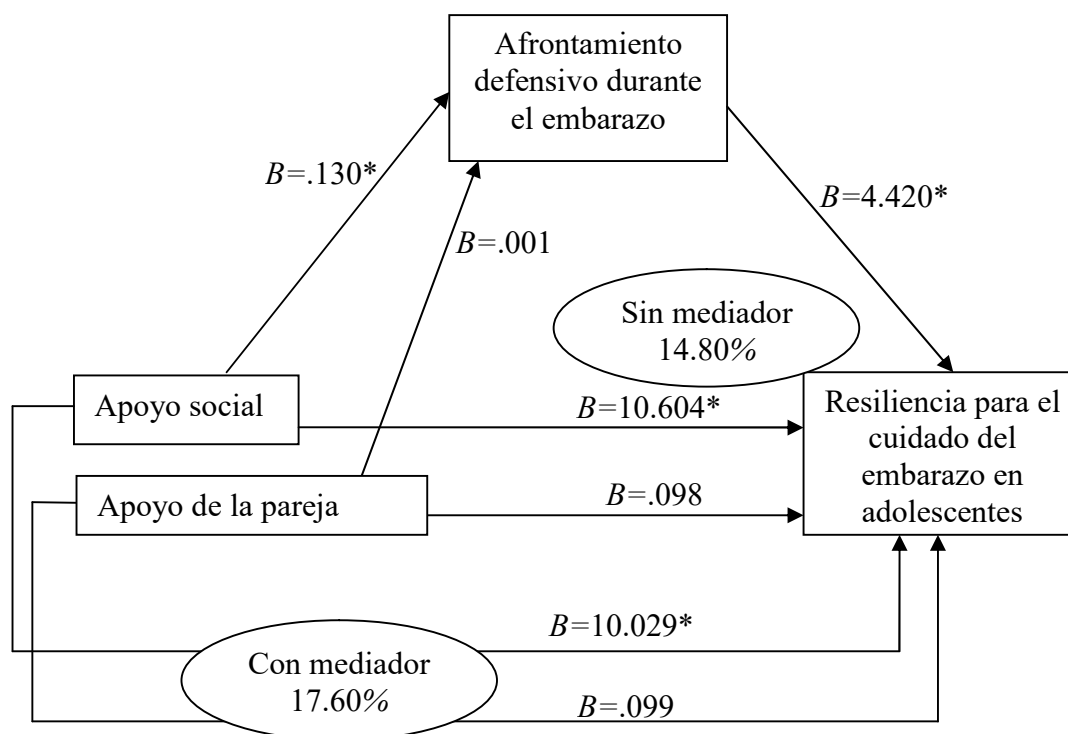
Nota: * $p < .05$, $n=439$

Figura 21. Relación de los factores de protección social, el afrontamiento defensivo durante el embarazo y la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes

Se observa que la variable afrontamiento defensivo durante el embarazo, cumple con los requisitos de mediación. En la primera ecuación, se encontró que el apoyo social y el apoyo de la pareja (variables independientes) influyen el afrontamiento defensivo durante el embarazo como variable mediadora ($B=.130$, $p < .05$; $B=.001$, $p > .05$). En la segunda ecuación de regresión, se observa que la relación del apoyo social y el apoyo de la pareja (variables independientes) muestran un efecto importante ($B=10.604$, $p < .05$; $B=.098$, $p > .05$ respectivamente) sobre la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes (variable dependiente).

En la tercera ecuación de regresión, la variable mediadora es el afrontamiento defensivo durante el embarazo, la cual influye de manera significativa ($B=4.420$) sobre la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes (variable dependiente). Finalmente, se corrobora el efecto mediador del afrontamiento defensivo durante el embarazo, al observar que las variables independientes de apoyo social y apoyo de la pareja, cambian su significancia al incluirse en la ecuación de regresión lineal simple a la variable mediadora ($B=10.029$, $p < .05$ y $B=.099$, $p > .05$ respectivamente). Aunado a éste resultado, se observa que la varianza explicada por las variables del modelo aumenta de 14.80% sin la variable mediadora, hasta 17.60% con la variable mediadora.

Consecuentemente, los resultados antes descritos demuestran que la variable afrontamiento defensivo durante el embarazo actúa como variable mediadora en la relación entre los factores de protección social durante el embarazo y la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes (ver figura 22).



Nota: $*p < .05$; $n = 439$

Figura 22. Efecto de mediación del afrontamiento defensivo durante el embarazo, en la relación entre los factores de protección social y la resiliencia para el cuidado del embarazo

El objetivo once consistió en determinar la relación de los factores de protección individual durante el embarazo (preparación en el embarazo, orar durante el embarazo, interpretación del embarazo, aceptación del embarazo y la autoestima) y la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes. Se encontró una relación positiva significativa entre todas las variables que integran los factores de protección individual y la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes; destacando la relación negativa significativa con la variable de orar durante el embarazo (ver tabla 34).

Tabla 34

Relación entre los factores de protección individual durante el embarazo y la resiliencia para el cuidado del embarazo.

Variable	Resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes
Preparación en el embarazo	.488**
Orar durante el embarazo	-.142*
Interpretación del embarazo	.489**
Aceptación del embarazo	.333**
Autoestima	.295**

Nota: * $p < .05$.; ** $p < .01$.

Se diseñó un modelo de regresión múltiple con el objetivo de observar la varianza explicada en la variable dependiente, en donde se consideró como variables independientes, la preparación en el embarazo, orar durante el embarazo, interpretación del embarazo, aceptación del embarazo y la autoestima; y como variable dependiente, la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes.

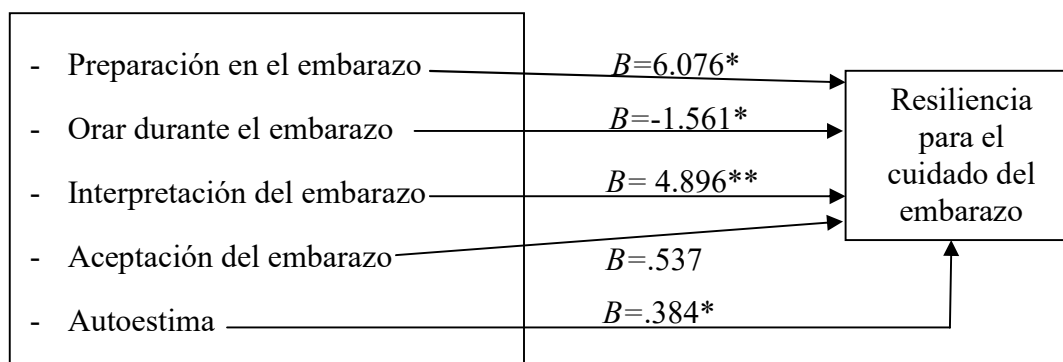
En la tabla 35, se observa una asociación positiva con efecto muy grande de las variables de los factores de protección individual, en la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes; a excepción de la influencia negativa con efecto muy grande, encontrado entre orar durante el embarazo y la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes. El modelo fue significativo ($F_{[5,433]}=35.78$, $p < .001$) y explica el 28.40% de la varianza de la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes (ver figura 23).

Tabla 35

Modelo con bootstrap de la influencia de los factores de protección individual durante el embarazo, en la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes

Variables	B	p	Intervalo de confianza 95%	
			LI	LS
Preparación en el embarazo	6.076	.002*	3.099	9.588
Orar durante el embarazo	-1.561	.024*	-2.820	-.258
Interpretación del embarazo	4.896	.001*	2.332	7.331
Aceptación del embarazo	.537	.053	.012	1.069
Autoestima	.384	.025*	.090	.737

Nota: * $p < .05$. Variable resultado: resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes



Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$

Figura 23. Relación entre los factores de protección individual y la resiliencia para el cuidado del embarazo.

El objetivo doce consiste en observar la relación entre los factores de protección familiar durante el embarazo y los factores de protección individual durante el embarazo. Al respecto, se encontró una relación positiva significativa entre las variables del modelo, a excepción de orar durante el embarazo (ver tabla 36).

Tabla 36

Relación entre los factores de protección familiar e individual durante el embarazo.

Variable	Relación con la madre	Apoyo familiar
Preparación en el embarazo	.352**	.420**
Orar durante el embarazo	.042	-.058
Interpretación del embarazo	.398**	.425**
Aceptación del embarazo	.302**	.224*
Autoestima	.249**	.443**

Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$, $n=439$

Para establecer el efecto de los factores de protección familiar durante el embarazo en los factores de protección individual se realizaron 10 modelos de regresión lineal univariados, considerando que los factores de protección familiar están integrados por dos variables las cuales, en los modelos fueron consideradas como independientes; y los de protección individual están compuestos por cinco variables, que se analizaron en cada modelo como dependientes. En la tabla 37 se muestran cinco modelos en donde se manejó la relación con la madre como variable independiente. Se puede apreciar que el modelo tres es el que presenta una mayor varianza explicada (15.70%).

Tabla 37

Modelo con bootstrap de la influencia de la relación con la madre, en los factores de protección individual durante el embarazo

Modelo	Variable	Varianza					Intervalo de Confianza 95%	
		<i>explicada</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>p</i>	<i>LI</i>	<i>LS</i>
1	Preparación en el embarazo	12.20%	61.828	.001*	.047	.001*	.034	.060
2	Orar durante el embarazo	-.10%	.772	.380	.008	.374	-.010	.025

(continúa)

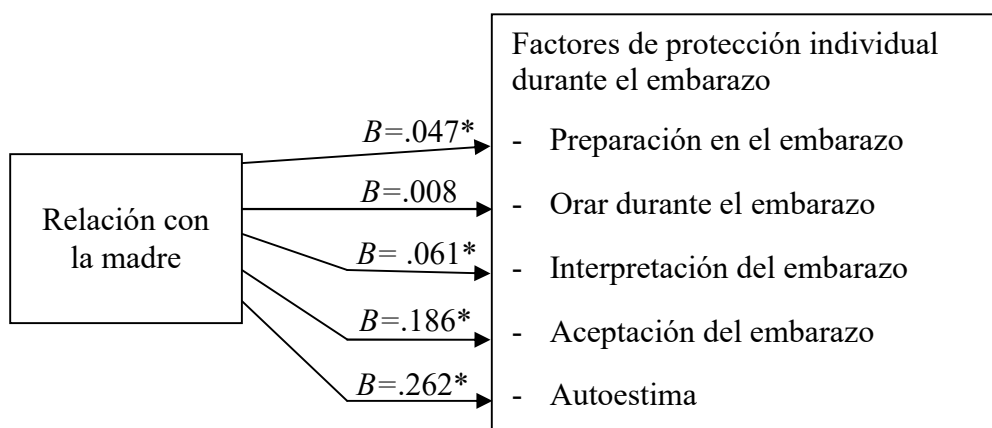
Tabla 37

Modelo con bootstrap de la influencia de la relación con la madre, en los factores de protección individual durante el embarazo (continuación)

Modelo	Variable	Varianza explicada	F	p	B	p	Intervalo de Confianza 95%	
							LI	LS
3	Interpretación del embarazo	15.70%	82.251	.001*	.061	.001*	.050	.074
4	Aceptación del embarazo	8.90%	43.858	.001*	.186	.001*	.122	.246
5	Autoestima	6.00%	28.815	.001*	.262	.001*	.169	.360

Nota: * $p < .001$, $gl = 1/436$. La variable independiente fue la relación con la madre.

En la figura 24 se muestra gráficamente cada uno de los efectos por separado, en dónde la relación con la madre tuvo un efecto grande con la autoestima y el resto presentaron bajos efectos.



Nota: * $p < .05$

Figura 24. Efecto de la relación con la madre en los factores de protección individual durante el embarazo

Por otra parte, en la tabla 38 se muestran cinco modelos en los que se consideró como la variable independiente el apoyo familiar. Se puede apreciar que el modelo cinco es el que presenta una mayor varianza explicada (19.40%).

Tabla 38

Modelos con bootstrap de la influencia del apoyo familiar en los factores de protección individual durante el embarazo

Modelo	Variable	Varianza explicada	F	p	B	p	Intervalo de Confianza 95%	
							LI	LS
1	Preparación en el embarazo	17.50%	93.726	.001*	.061	.001*	.046	.075
2	Orar durante el embarazo	.10%	1.497	.222	-.013	.234	-.034	.008
3	Interpretación del embarazo	17.90%	96.548	.001*	.072	.001*	.057	.086
4	Aceptación del embarazo	4.80%	23.072	.001*	.151	.001*	.088	.213
5	Autoestima	19.40%	106.525	.001*	.512	.001*	.407	.618

Nota: * $p < .001$, $gl = 1/437$. La variable independiente fue el apoyo familiar.

En la figura 25 se puede apreciar que el modelo que considera como variable dependiente a la autoestima, tiene un efecto grande y el resto de las variables presentó bajos efectos.

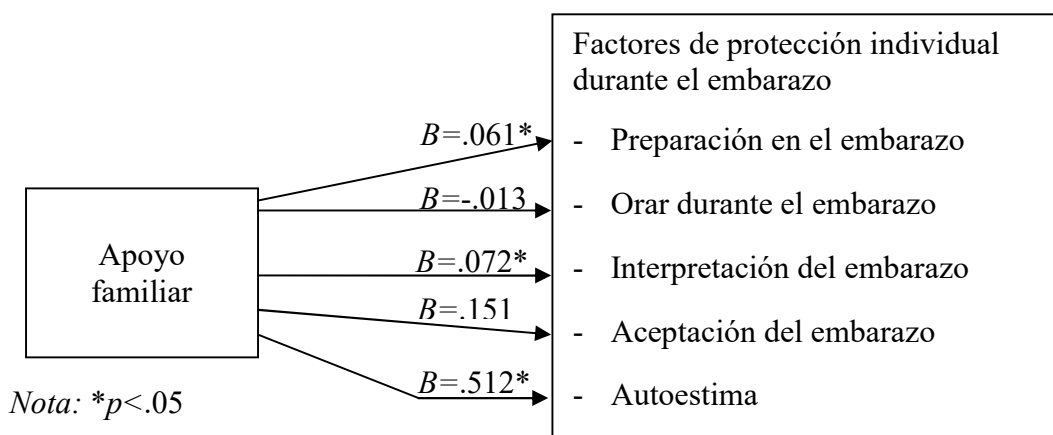


Figura 25. Relación del apoyo familiar y los factores de protección individual durante el embarazo

Para dar respuesta al objetivo trece, se midió el efecto de mediación de los factores de protección individual durante el embarazo en la relación entre los factores de protección familiar durante el embarazo y la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes. Para tal efecto, en primer lugar se muestra la relación significativa existente entre las variables implicadas (tabla 39).

Tabla 39

Relación entre los factores de protección familiar e individual durante el embarazo y la resiliencia para el cuidado del embarazo.

Variable	Resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes
Relación con la madre	.302*
Apoyo familiar	.386*
Preparación en el embarazo	.479*
Orar durante el embarazo	-.142*
Interpretación del embarazo	.479*
Aceptación del embarazo	.289*
Autoestima	.264*

Nota: * $p < .01$.

Posteriormente se realizaron diversos modelos de regresión, considerando por separado cada una de las variables independientes (relación con la madre y el apoyo familiar), con cada una de las variables mediadoras (preparación en el embarazo, orar durante el embarazo, interpretación del embarazo, aceptación del embarazo y autoestima), en la variable resultado (resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes). Dicho análisis se realizó a través de las siguientes tres ecuaciones de regresión: primera ecuación, con la variable independiente y el mediador; segunda, con la variable independiente y la variable dependiente; y tercera ecuación, con las tres variables implicadas (Baron & Kenny, 1986).

Se indica que en la primera ecuación se debe realizar entre la variable independiente y el mediador; dado que en éste caso la variable independiente está conformada por dos variables (relación con la madre y apoyo familiar) y el mediador son 5 variables (preparación en el embarazo, orar durante el embarazo, interpretación del embarazo, aceptación del embarazo y autoestima); se analizó cada una de las variables independientes con cada uno de los mediadores por separado. Los resultados obtenidos se mostraron en las tablas que dan respuesta al objetivo doce.

El segundo paso para medir el efecto de mediación es una ecuación de regresión entre la variable independiente y la variable dependiente; por lo cual se realizaron las ecuaciones de regresión correspondientes y se observó que la relación con la madre y el apoyo familiar (variables independientes) muestran un efecto significativo sobre la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes (variable dependiente), dicho análisis se realizó a través de ecuaciones de regresión por separado (ver tabla 40).

En el tercer paso se deben incluir las tres variables implicadas en el efecto de mediación. Al respecto, se encontró que cada uno de los factores de protección individual, analizados de manera separada como variables mediadoras, influyen de manera significativa sobre la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes, como variable dependiente (ver tabla 40).

Tabla 40

Modelos de la influencia de los factores de protección familiar e individual, en la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes

<i>Modelo</i>	<i>Variable</i>	<i>Varianza explicada</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>p</i>
1	Relación con la madre	8.90%	43.691	.001*	1.024	.001*
2	Apoyo familiar	14.70%	76.644	.001*	1.436	.001*
3	Preparación en el embarazo	22.70%	129.930	.001*	12.269	.001*

(continúa)

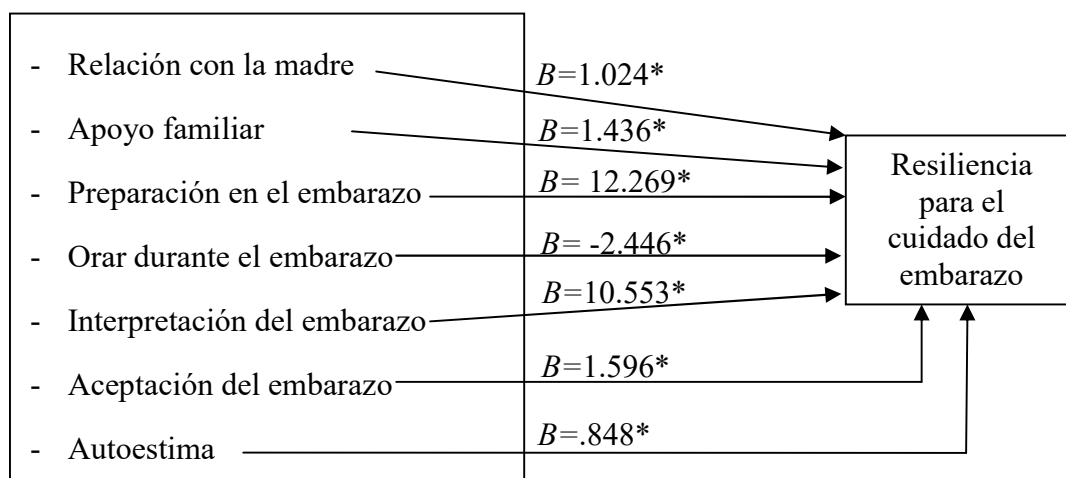
Tabla 40

Modelos de la influencia de los factores de protección familiar e individual, en la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes (continuación)

<i>Modelo</i>	<i>Variable</i>	<i>Varianza explicada</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>p</i>
4	Orar durante el embarazo	1.80%	8.998	.003*	-2.446	.003*
5	Interpretación del embarazo	22.80%	130.018	.001*	10.553	.001*
6	Aceptación del embarazo	8.20%	39.917	.001*	1.596	.001*
7	Autoestima	6.70%	32.637	.001*	.848	.001*

Nota: * $p < .05$, $gl = 1/437$, variable resultado: resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes

Además, se reporta una influencia con efecto muy grande entre la preparación, interpretación y aceptación del embarazo, en la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes. Por otra parte, orar durante el embarazo muestra una influencia negativa con efecto grande, en la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes (ver figura 26).



Nota: * $p < .05$

Figura 26. Influencia de los factores de protección familiar e individual, en la resiliencia para el cuidado del embarazo.

Por último, se comprueba el efecto mediador de los factores de protección individual durante el embarazo, al observar que las variables independientes (la relación con la madre y el apoyo familiar) cambian su significancia al incluir en la ecuación al mediador y la varianza explicada aumenta considerablemente (ver tablas 41).

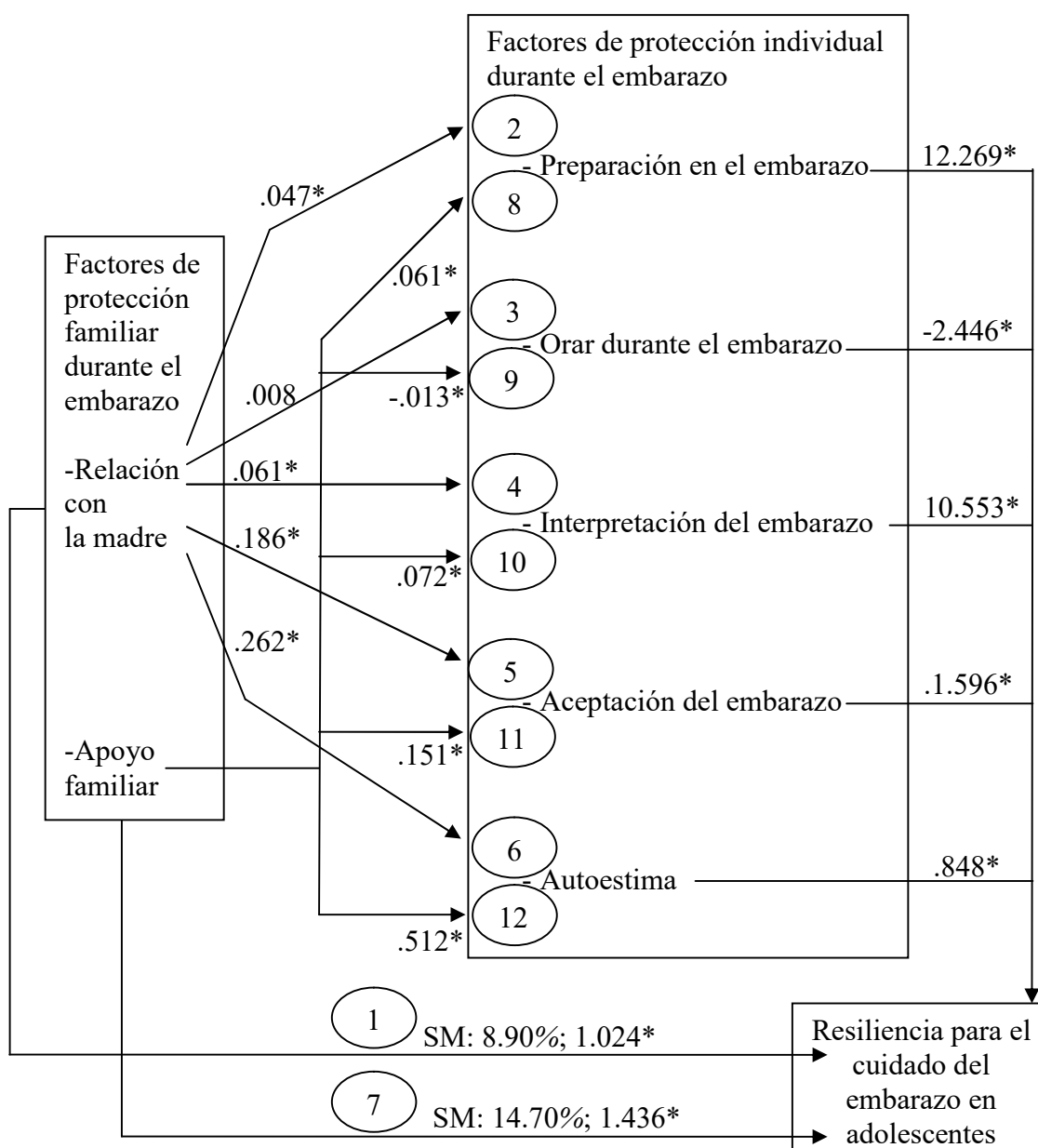
Tabla 41

Efecto mediador de los factores de protección individual, en la relación de los factores de protección familiar y la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes

Variables	Modelo	Mediador	Varianza explicada	B	F
Relación con la madre y la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes	1	Ninguno	8.90%	1.024*	43.691*
	2	Preparación en el embarazo	24.60%	.516*	129.930*
	3	Orar durante el embarazo	11.10%	-2.667*	28.262*
	4	Interpretación del embarazo	24.10%	.448*	70.257*
	5	Aceptación del embarazo	13.00%	1.203*	33.743*
	6	Autoestima	12.50%	.855*	32.187*
Apoyo familiar y la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes	7	Ninguno	14.70%	1.436*	76.644*
	8	Preparación en el embarazo	17.50%	.061*	93.726*
	9	Orar durante el embarazo	16.00%	1.410*	42.622*
	10	Interpretación del embarazo	26.70%	.829*	80.636*
	11	Aceptación del embarazo	18.90%	1.258*	51.975*
	12	Autoestima	15.60%	1.246*	41.488*

Nota: * $p < .01$

El número de cada modelo de la tabla anterior, es representado en la figura 27, en donde los resultados obtenidos demuestran que los factores de protección individual durante el embarazo actúan como variable mediadora entre la relación de los factores de protección familiar durante el embarazo y la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes.



Nota: * $p < .01$; los valores mostrados corresponden al coeficiente Beta; %= porcentaje de varianza explicada; SM= sin mediador; los números dentro del círculo corresponden a los modelos especificados en la tabla 41.

Figura 27. Efecto de mediación de los factores de protección individual, en la relación de los factores de protección familiar y la resiliencia para el cuidado del embarazo

En el objetivo catorce, se estableció determinar la asociación entre los factores de protección social durante el embarazo (apoyo social y apoyo de la pareja) y los factores de protección individual durante el embarazo (preparación en el embarazo, orar durante el embarazo, interpretación del embarazo, aceptación del embarazo y autoestima). Al respecto, se encontró una relación positiva significativa entre todas las variables del modelo, a excepción de la variable orar durante el embarazo, cuya relación no fue significativa con el apoyo social ni con el apoyo de la pareja, además de ser de tipo negativa con apoyo social (ver tabla 42).

Tabla 42

Relación entre los factores de protección social y factores de protección individual.

Variable	Apoyo social	Apoyo de la pareja
Preparación en el embarazo	.374**	.248**
Orar durante el embarazo	-.061	.023
Interpretación del embarazo	.340**	.311**
Aceptación del embarazo	.254**	.256*
Autoestima	.249**	.141**

Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$, $n=439$

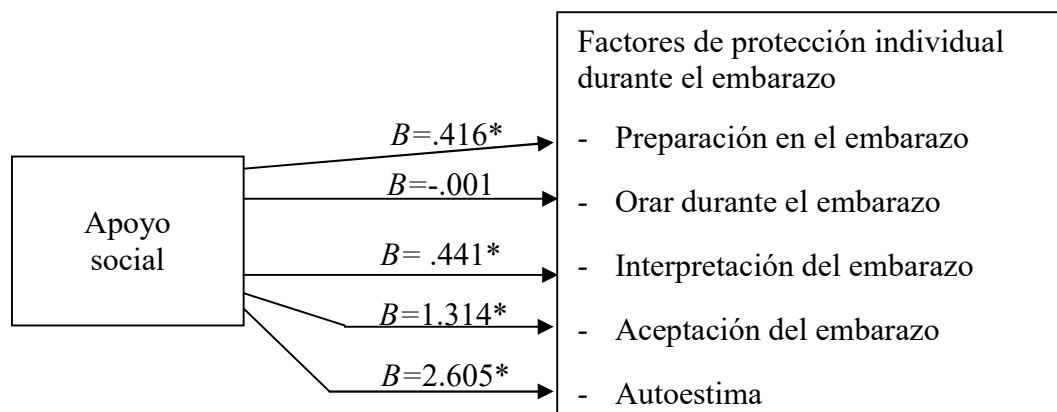
Se realizaron cinco modelos de regresión lineal univariada para medir la influencia que tiene el apoyo social en los factores de protección individual durante el embarazo. Para ello, se consideró en cada uno de los modelos al apoyo social como variable independiente; las variables que integran los factores de protección individual constituyeron las variables dependientes en cada uno de los modelos por separado. En la tabla 43 se muestran los cinco modelos realizados, destacando el modelo que considera la preparación en el embarazo como variable dependiente debido a que explica el 13.80% de la varianza (figura 28).

Tabla 43

Modelos con bootstrap de la influencia del apoyo social en los factores de protección individual durante el embarazo

Modelo	Variable	Varianza					Intervalo de Confianza 95%	
		<i>explicada</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>p</i>	<i>LI</i>	<i>LS</i>
1	Preparación en el embarazo	13.80%	70.990	.001*	.416	.001*	.314	.523
2	Orar durante el embarazo	.10%	1.647	.200	-.001	.200	-.254	.058
3	Interpretación del embarazo	11.40%	57.243	.001*	.441	.001*	.339	.565
4	Aceptación del embarazo	6.20%	30.138	.001*	1.314	.001*	.769	1.828
5	Autoestima	8.40%	41.215	.001*	2.605	.001*	1.726	3.536

Nota: * $p < .001$, $gl = 1/437$. Variable independiente: apoyo social



Nota: * $p < .01$

Figura 28. Relación del apoyo social y los factores de protección individual durante el embarazo.

De igual forma, se realizaron cinco modelos de regresión considerando como variable independiente al apoyo de la pareja; y como variables dependientes, la preparación en el embarazo, orar durante el embarazo, interpretación del embarazo, aceptación del embarazo y la autoestima, en modelos separados (tabla 44 y figura 29).

Tabla 44

Modelos con bootstrap de la influencia del apoyo de la pareja en los factores de protección individual durante el embarazo

Modelo	Variable	Varianza explicada	F	p	B	p	Intervalo de Confianza 95%	
							LI	LS
1	Preparación en el embarazo	6.00%	28.730	.001*	.019	.001*	.012	.027
2	Orar durante el embarazo	-.20%	.228	.633	.003	.619	-.008	.013
3	Interpretación del embarazo	9.50%	46.745	.001*	.028	.001*	.020	.037
4	Aceptación del embarazo	6.30%	30.695	.001*	.091	.001*	.058	.123
5	Autoestima	1.80%	8.826	.003*	.086	.004*	.025	.148

Nota: * $p < .05$, $gl = 1/437$. Variable independiente: apoyo de la pareja.

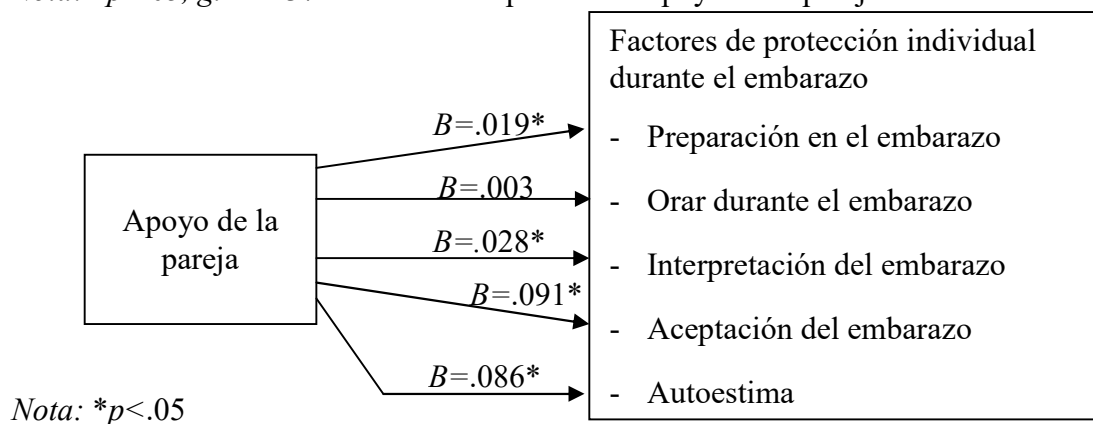


Figura 29. Relación del apoyo de la pareja y los factores de protección individual.

El objetivo quince consiste en establecer el efecto mediador de los factores de protección individual durante el embarazo (preparación en el embarazo, orar durante el embarazo, interpretación del embarazo, aceptación del embarazo y autoestima durante el embarazo) en la relación que existe entre los factores de protección social durante el embarazo (apoyo social y apoyo de la pareja) y la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes. Con el propósito de calcular el efecto de mediación se realizaron los pasos recomendados por Baron y Kenny (1986), en donde el primer paso consiste en realizar diversos modelos de regresión múltiple considerando como variable independiente, al apoyo social y el apoyo de la pareja por separado, y como variables dependientes, cada uno de los factores de protección individual. Los resultados obtenidos se mostraron en las tablas 43 y 44; observándose que el apoyo social tiene una relación positiva significativa con la preparación en el embarazo y con la autoestima; por otra parte, el apoyo de la pareja tiene una relación positiva significativa con la interpretación y con la aceptación del embarazo.

El segundo paso es realizar los modelos de regresión incluyendo la variable independiente (apoyo social y apoyo de la pareja) y la variable dependiente (resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes, analizándose en modelos separados. Se encontró que el apoyo social muestra un efecto fuerte y significativo sobre la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes. El apoyo de la pareja tiene un efecto pequeño en la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes (tabla 46).

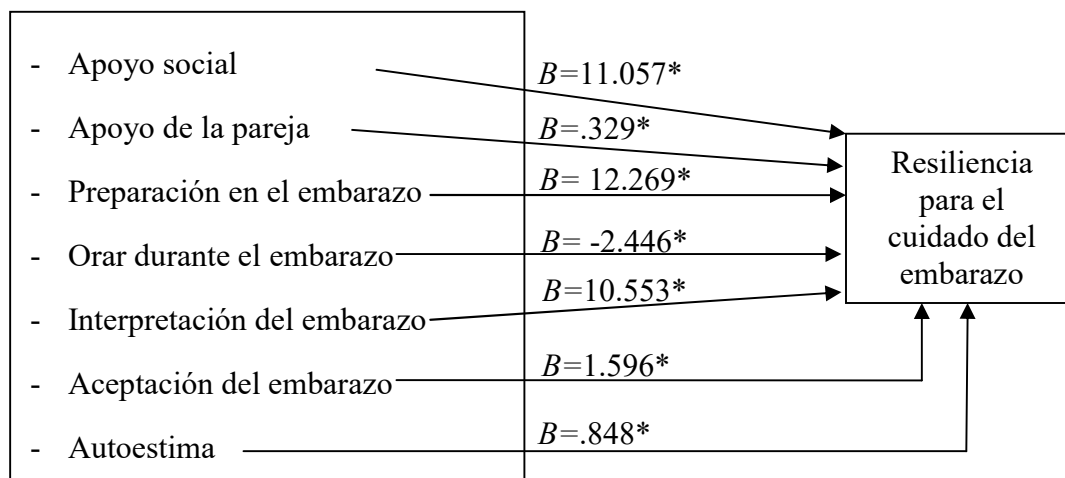
El tercer paso incluye las tres variables implicadas en el efecto de mediación. Al respecto, se reportó que todos los factores de protección individual, influyen de manera significativa sobre la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes y que el orar durante el embarazo tiene un efecto negativo ante la resiliencia para el cuidado del embarazo. Se encontró que la relación con la pareja solo explica el 2.60% de la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes, sin embargo, demostró tener un efecto moderado en la variable resultado (ver tabla 45 y figura 30).

Tabla 45

Modelos de la influencia de los factores de protección social e individual, en la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes

Modelo	Variable	Varianza				
		explicada	F	p	B	p
1	Apoyo social	14.80%	77.122	.001*	11.057	.001*
2	Apoyo de la pareja	2.60%	12.686	.001*	.329	.001*
3	Preparación en el embarazo	22.70%	129.930	.001*	12.269	.001*
4	Orar durante el embarazo	1.80%	8.998	.003*	-2.446	.003*
5	Interpretación del embarazo	22.80%	130.018	.001*	10.553	.001*
6	Aceptación del embarazo	8.20%	39.917	.001*	1.596	.001*
7	Autoestima	6.70%	32.637	.001*	.848	.001*

Nota: * $p < .05$, $gl = 1/437$, variable resultado: resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes



Nota: * $p < .05$

Figura 30. Influencia de los factores de protección social e individual, en la resiliencia para el cuidado del embarazo.

En base a los resultados obtenidos, se demuestra que los factores de protección individual durante el embarazo actúan como variable mediadora entre la relación de los factores de protección social durante el embarazo y la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes; al observar que las variables independientes (apoyo social y relación de la pareja) cambian su significancia al incluir en la ecuación al mediador y la varianza explicada aumenta de manera considerable (ver tabla 46).

Tabla 46

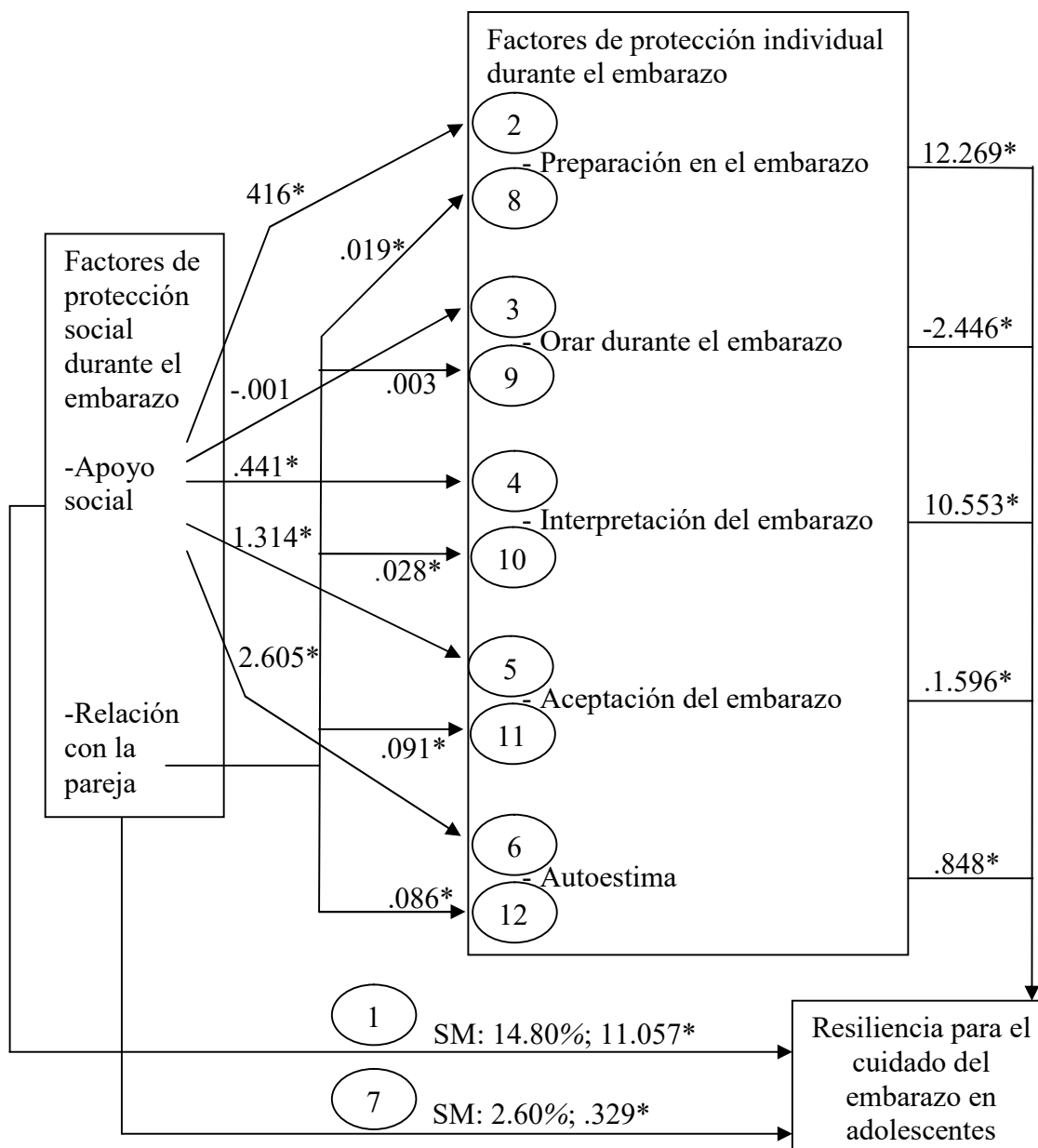
Efecto mediador de los factores de protección individual, en la relación de los factores de protección social y la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes

Variables	Modelo	Mediador	Varianza explicada	B	F
Apoyo social y resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes	1	Ninguno	14.80%	11.057*	77.122*
	2	Preparación en el embarazo	27.60%	6.914*	84.627*
	3	Orar durante el embarazo	16.00%	10.849*	42.783*
	4	Interpretación del embarazo	28.30%	7.243*	87.418*
	5	Aceptación del embarazo	18.50%	9.577*	50.796*
	6	Autoestima	17.10%	9.682*	46.115*
Apoyo de la pareja y resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes	7	Ninguno	2.60%	.329*	12.686*
	8	Preparación en el embarazo	22.80%	.103	65.761*
	9	Orar durante el embarazo	4.50%	.336*	11.353*
	10	Interpretación del embarazo	22.60%	.041	65.009*
	11	Aceptación del embarazo	8.90%	.197*	22.386*
	12	Autoestima	8.30%	.262*	20.765*

Nota: * $p < .01$

En la figura 31 se representa cada uno de los modelos realizados, en donde los resultados obtenidos señalan que los factores de protección individual durante el

embarazo actúan como variable mediadora entre la relación de los factores de protección social durante el embarazo y la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes.



Nota: * $p < .01$; los valores mostrados corresponden al coeficiente Beta; %= porcentaje de varianza explicada; SM= sin mediador; los números dentro del círculo corresponden a los modelos especificados en la tabla 47.

Figura 31. Efecto de mediación de los factores de protección individual, en la relación de los factores de protección social y la resiliencia para el cuidado del embarazo

El objetivo dieciséis consiste en determinar la influencia entre los factores de protección familiar, factores de protección social, factores de protección individual durante el embarazo y la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes. Como primer paso para dar respuesta al objetivo planteado, se midió el tipo de relación entre las variables, encontrando una asociación positiva significativa de todas las variables de los factores de protección, con la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes; destacando la relación negativa significativa ($r = -.142$; $p < .001$) con la variable orar durante el embarazo (ver tabla 47).

Tabla 47

Relación de los factores de protección durante el embarazo y la resiliencia para el cuidado del embarazo.

Variable	Resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes
Relación con la madre	.302*
Apoyo familiar	.387*
Apoyo social	.387*
Apoyo de la pareja	.168*
Preparación en el embarazo	.479*
Orar durante el embarazo	-.142*
Interpretación del embarazo	.479*
Aceptación del embarazo	.289*
Autoestima	.263*

Nota: * $p < .01$.

Se realizó un modelo multivariado para observar la varianza explicada, considerando como variables independientes, la relación con la madre, apoyo familiar, el apoyo social, el apoyo de la pareja, la preparación en el embarazo, orar durante el

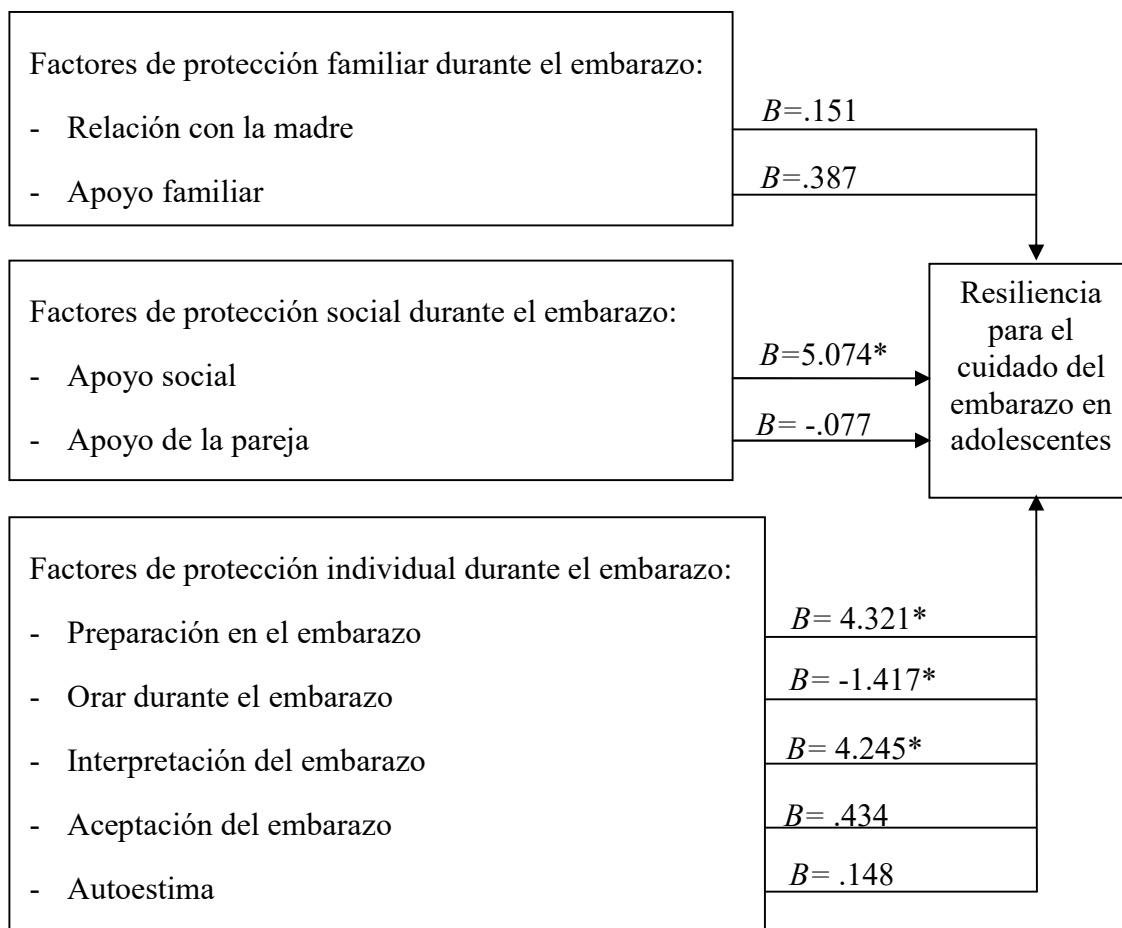
embarazo, interpretación del embarazo, aceptación del embarazo y la autoestima; y donde la variable dependiente fue la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes. Se reportó una influencia con efecto muy grande entre el apoyo social, la preparación en el embarazo, orar durante el embarazo y la interpretación del embarazo, en la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes. El modelo resultó ser de gran significancia estadística ($F_{[9,428]}=23.99, p<.001$) y explica el 32.10% de la varianza (ver tabla 48 y figura 32).

Tabla 48

Modelo con bootstrap de la influencia de los factores de protección durante el embarazo, en la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes

Variables	<i>B</i>	<i>p</i>	Intervalo de confianza 95%	
			<i>LI</i>	<i>LS</i>
Relación con la madre	.151	.361	-.223	.475
Apoyo familiar	.387	.159	-.133	.900
Apoyo social	5.074	.004*	2.014	8.391
Apoyo de la pareja	-.077	.336	-.218	.076
Preparación en el embarazo	4.321	.011*	.924	7.567
Orar durante el embarazo	-1.417	.038*	-2.709	-.141
Interpretación del embarazo	4.245	.005*	1.555	6.945
Aceptación del embarazo	.434	.107	-.099	.944
Autoestima	.148	.464	-.233	.560

Nota: * $p<.05$. Variable resultado: resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes



Nota: $*p < .05$, $n = 439$.

Figura 32. Relación de los factores de protección durante el embarazo y la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes

El objetivo general del presente estudio fue determinar la capacidad explicativa del modelo de resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes. Para dar respuesta al mismo, se midieron las relaciones entre las variables propuestas, encontrando relaciones positivas significativas entre la mayoría de las variables; destacando la relación negativa con efecto débil pero estadísticamente significativa ($r = -.142$; $p < .001$) entre orar durante en el embarazo y la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes (ver tabla 49).

Tabla 49. *Relaciones entre las variables del modelo resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes*

Variables	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
A. Incertidumbre del embarazo													
B. Incertidumbre del bienestar..	-.390*												
C. Estrés de los síntomas...	.287*	-.218*											
D. Afrontamiento defensivo...	-.038	-.315*	.038										
E. Relación con la madre	-.084	.043	-.124	.076									
F. Apoyo familiar	-.031	-.067	-.157	.122*	.453*								
G. Apoyo social	-.015	-.062	-.180*	.116*	.283*	.407*							
H. Relación de la pareja	-.062	.022	-.133*	.034	.207*	.143*	.318*						
I. Preparación en el embarazo	.046	-.267*	-.035	.395*	.352*	.420*	.374*	.248*					
J. Orar durante el embarazo	-.359*	.824*	-.154*	-.258*	.042	-.058	-.061*	.023	-.198*				
K. Interpretación del embarazo	-.028	-.152*	-.105*	.383*	.398*	.425*	.340*	.311*	.725*	-.106*			
L. Aceptación del embarazo	-.100*	.062	-.258*	-.006	.302*	.224*	.254*	.256*	.339*	.062	.388*		
M. Autoestima	-.078	.098*	-.161*	-.123*	.249*	.443*	.294*	.141*	.249*	.109*	.314*	.259*	
N. Resiliencia para el cuidado...	-.030	-.146*	-.216*	.215*	.302*	.386*	.387*	.168*	.479*	-.142*	.479*	.289*	.264*

Nota: * $p < .05$

A continuación se muestra el modelo multivariado realizado a través de la técnica de backward para llegar al modelo final, en donde se integran las catorce variables; a partir del cual se generaron ocho modelos para dar respuesta al objetivo general y determinar el modelo con mayor ajuste y varianza explicada. En seguida, se presenta el modelo inicial y final de resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes.

En la tabla 50 se presenta el modelo inicial, en donde se incluyeron las variables independientes: incertidumbre del embarazo, incertidumbre del bienestar propio y del bebé, estrés de los síntomas relacionados con el embarazo, afrontamiento defensivo durante el embarazo, relación con la madre, apoyo familiar, apoyo social, apoyo de la pareja, preparación en el embarazo, orar durante el embarazo, interpretación del embarazo, aceptación del embarazo y autoestima. La variable dependiente fue la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes. El modelo fue significativo ($F_{[13,424]}=17.91, p<.001$) y explica el 33.50% de la varianza en la variable dependiente. Destacando la influencia positiva con efecto muy grande del apoyo social, la preparación en el embarazo y la interpretación del embarazo, en la resiliencia para el cuidado el embarazo en adolescentes. Además de la influencia negativa con efecto moderado del estrés de los síntomas relacionados con el embarazo y la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes (ver tabla 50 y figura 33).

Tabla 50

Modelo inicial con bootstrap de la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes

Variables	B	p	Intervalo de confianza 95%	
			LI	LS
Incertidumbre del embarazo	-.208	.757	-1.470	1.101
Incertidumbre del bienestar...	-.055	.746	-.394	.269

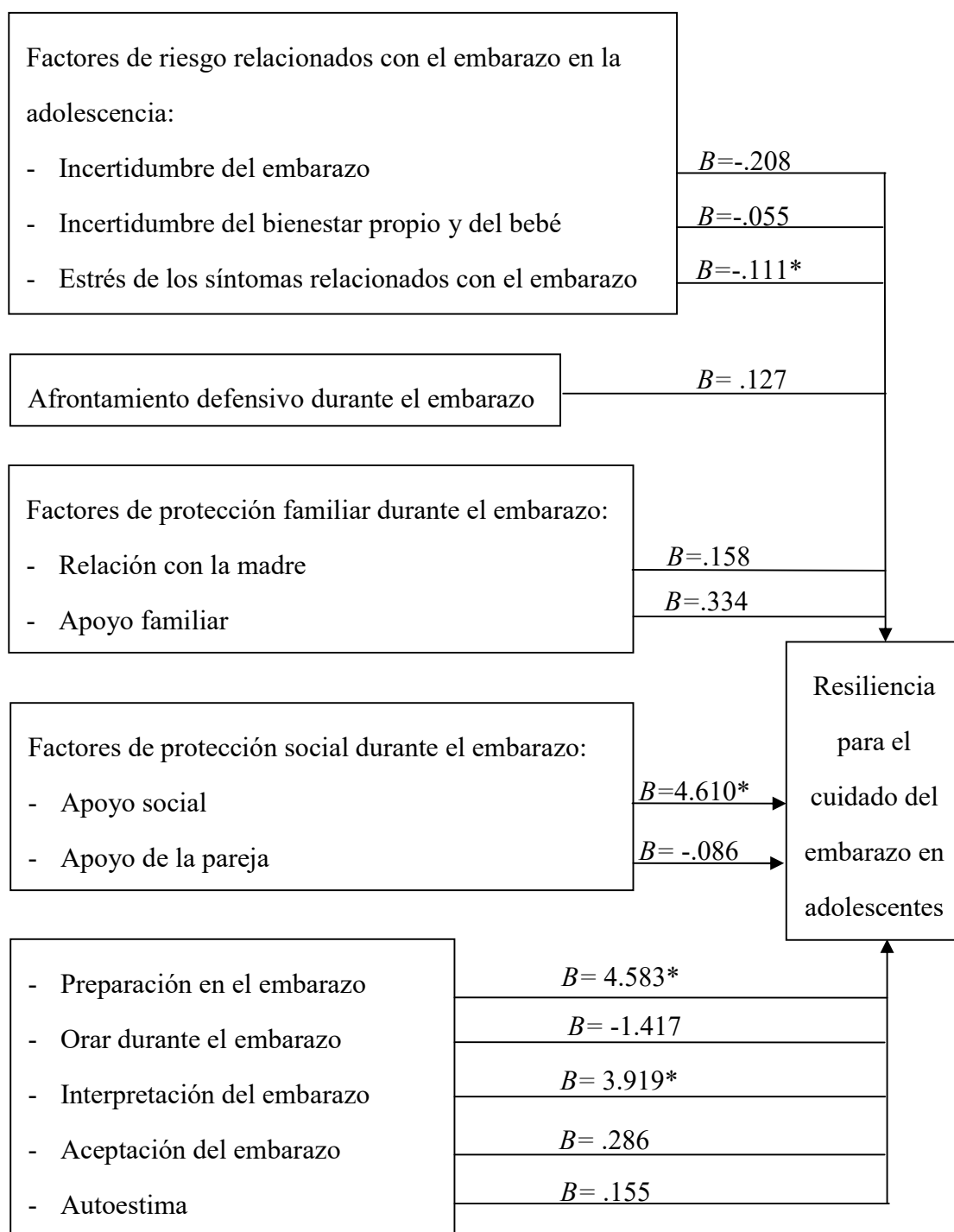
(continúa)

Tabla 50

Modelo inicial con bootstrap de la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes (continuación)

Variables	<i>B</i>	<i>p</i> bilateral	Intervalo de confianza 95%	
			<i>LI</i>	<i>LS</i>
Estrés de los síntomas	-.111	.001*	-.173	-.048
Afrontamiento defensivo...	.100	.673	-.406	.560
Relación con la madre	.158	.312	-.176	.468
Apoyo familiar	.334	.232	-.221	.875
Apoyo social	4.610	.004*	1.452	7.666
Apoyo de la pareja	-.086	.258	-.224	.081
Preparación en el embarazo	4.583	.009*	1.395	8.242
Orar durante el embarazo	-1.417	.308	-4.096	1.006
Interpretación del embarazo	3.919	.005*	1.114	6.432
Aceptación del embarazo	.286	.330	-.310	.847
Autoestima	.155	.413	-.211	.540

Nota: * $p < .05$. Variable resultado: resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes



Nota: $*p < .05$

Figura 33. Representación del modelo inicial de la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes

En la tabla 51 se muestra un total de ocho modelos diferentes y el proceso de exclusión de variables bajo la técnica backward, con la finalidad de obtener un modelo con mayor ajuste. En el proceso de exclusión de variables, se eliminaron siete variables: incertidumbre del embarazo, incertidumbre del bienestar propio y del bebé, afrontamiento defensivo durante el embarazo, autoestima, relación con la madre, apoyo de la pareja y aceptación del embarazo.

Tabla 51

Variación de modelos de resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes

Modelo	Variable excluida	Varianza explicada	gl/gl	F	p
1	No aplica	33.50%	13/424	17.913	.001
2	Incertidumbre del embarazo	33.60%	12/425	19.438	.001
3	Incertidumbre del bienestar..	33.80%	11/426	21.244	.001
4	Afrontamiento defensivo...	33.80%	10/427	23.351	.001
5	Autoestima	33.90%	9/428	25.866	.001
6	Relación con la madre	33.90%	8/427	28.989	.001
7	Apoyo de la pareja	33.90%	7/430	32.978	.001
8	Aceptación del embarazo	33.80%	6/431	38.199	.001

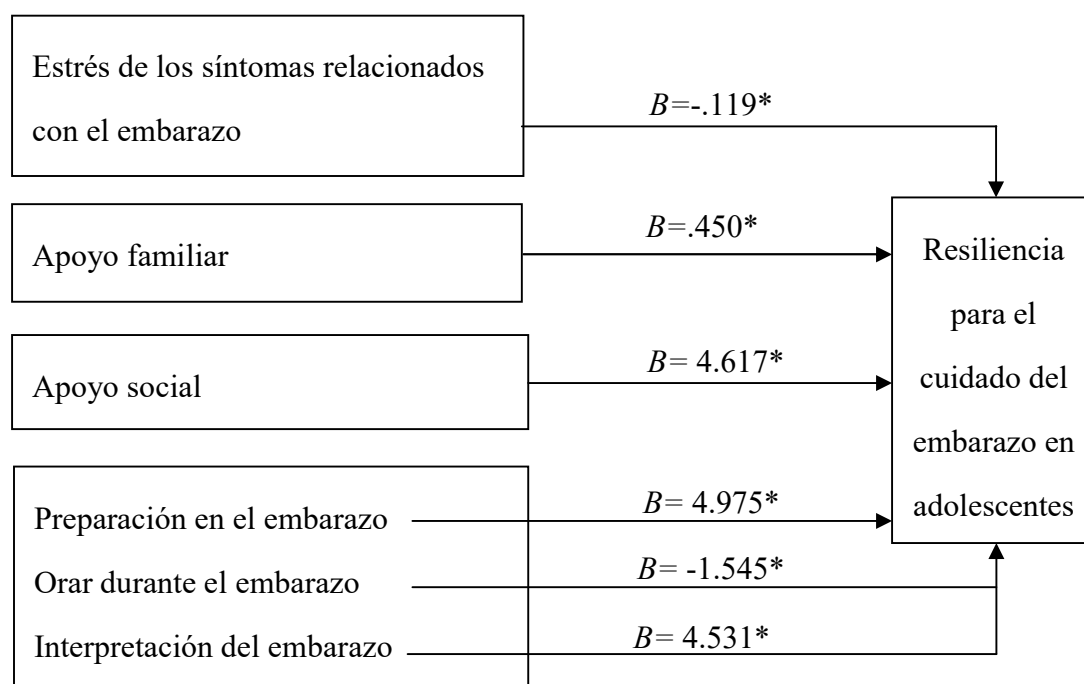
A continuación, se presenta el modelo final de resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes, el cual está integrado por siete variables independientes: estrés de los síntomas relacionados con el embarazo, apoyo familiar, apoyo social, preparación en el embarazo, orar durante el embarazo, interpretación del embarazo y aceptación del embarazo; y por la variable dependiente: resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes. El modelo fue significativo ($F_{[6,431]}=38.19, p<.001$) y tiene una capacidad explicativa del 33.80% (ver tabla 52 y figura 34).

Tabla 52

Modelo final con bootstrap de la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes

Variables independientes	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>B</i>	Error típ.	Beta		
Estrés de los síntomas ...	-.119	.032	-.153	-3.756	.001
Apoyo familiar	.450	.171	.121	2.623	.009
Apoyo social	4.617	1.275	.161	3.621	.001
Preparación en el embarazo	4.975	1.520	.194	3.273	.001
Orar durante el embarazo	-1.545	.696	-.090	-2.220	.027
Interpretación del embarazo	4.531	1.283	.205	3.532	.001

Nota: * $p < .05$. Variable dependiente: Resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes



Nota: * $p < .05$

Figura 34. Representación del modelo final de la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes

Al analizar los resultados obtenidos anteriormente, se identificaron cinco casos que se comportan de manera diferente al resto de la muestra, posteriormente se identificaron cinco adolescentes que mostraron valores iguales o menores a 60 en la escala de resiliencia para el cuidado de la adolescente durante su embarazo, dicho valor indica nivel escaso de resiliencia. Por lo tanto, se decide excluir éstos cinco casos y realizar la técnica de backward en un modelo multivariado, en donde se generaron cinco modelos con mejor ajuste y varianza explicada.

A continuación, se presenta el modelo inicial y final de adolescentes que presentaron un nivel moderado o alto de resiliencia para el cuidado de su embarazo. En la tabla 53, se muestran las relaciones entre las variables del modelo inicial, destacando que todas las variables tuvieron una relación positiva significativa, a excepción de los factores de riesgo y de orar durante el embarazo, cuya relación fue de tipo negativa, con la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes. La relación negativa con los factores de riesgo y orar durante el embarazo, indican que a mayor resiliencia, menor incertidumbre el embarazo, incertidumbre del bienestar propio y del bebé, estrés de los síntomas y menor oración durante el embarazo por parte de adolescente.

Tabla 53

Relación de variables del modelo inicial para adolescentes con moderado o alto nivel de resiliencia para el cuidado de su embarazo

Variables	Resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes
Incertidumbre del embarazo	-.052
Incertidumbre del bienestar propio y del bebé	-.119**
Estrés de los síntomas	-.213**
Afrontamiento defensivo durante el embarazo	.286**
Relación con la madre	.314**

(continúa)

Tabla 53

Relación de variables del modelo inicial para adolescentes con moderado o alto nivel de resiliencia para el cuidado de su embarazo (continuación)

Variables	Resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes
Apoyo familiar	.347**
Apoyo social	.416**
Apoyo de la pareja	.196**
Preparación en el embarazo	.471**
Orar durante el embarazo	-.120*
Interpretación del embarazo	.488**
Aceptación del embarazo	.346**
Autoestima	.261**

Nota: * $p < .05$, ** $p < .001$

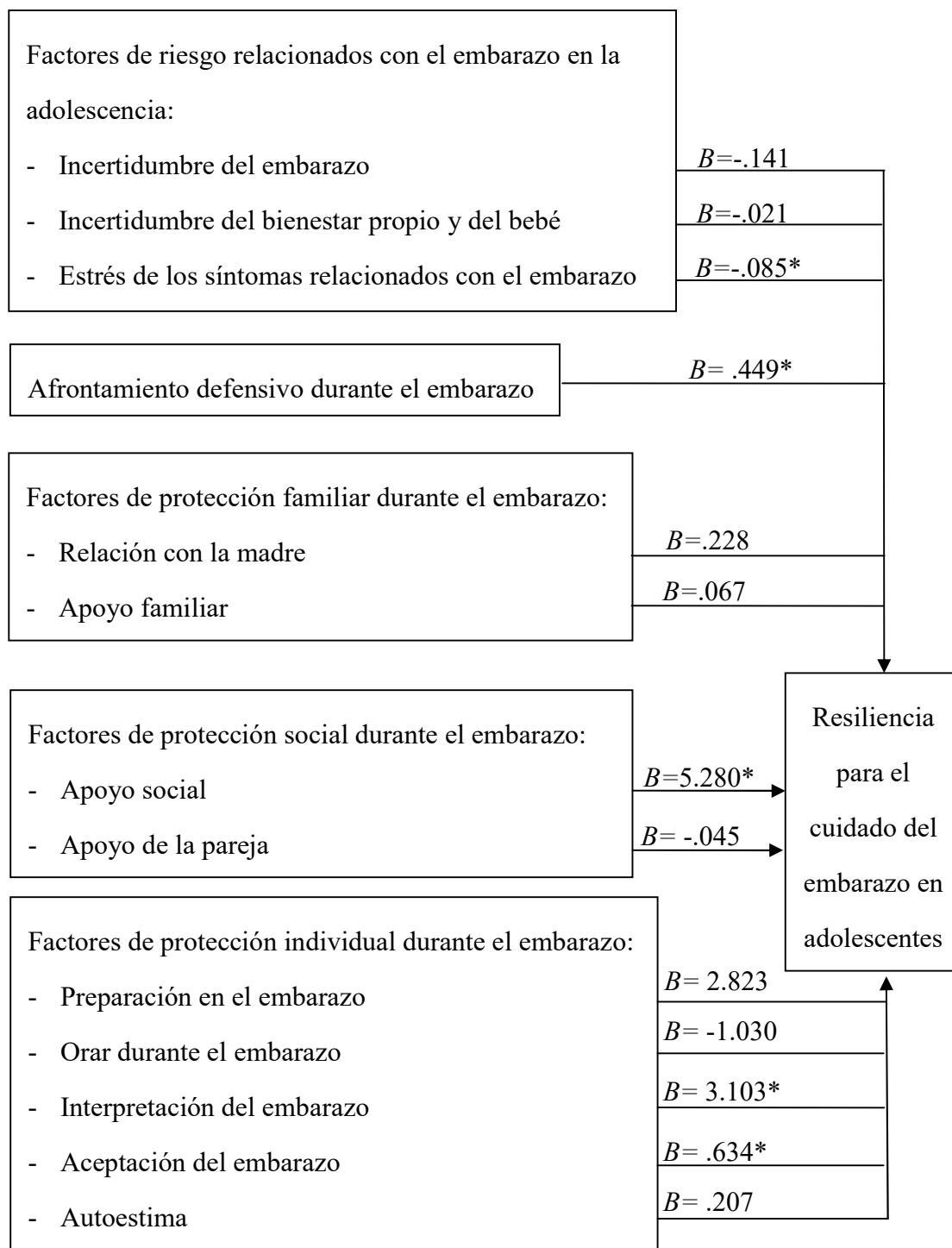
En el modelo inicial se consideraron las siguientes variables independientes: incertidumbre del embarazo, incertidumbre del bienestar propio y del bebé, estrés de los síntomas, afrontamiento defensivo durante el embarazo, relación con la madre, apoyo familiar, apoyo social, apoyo de la pareja, preparación en el embarazo, orar durante el embarazo, interpretación del embarazo, aceptación del embarazo y autoestima. La variable dependiente fue la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes. El modelo fue significativo ($F_{[13,419]}=20.31, p<.001$) y tiene una capacidad explicativa del 36.80% de la variable dependiente (ver tabla 54 y figura 35).

Tabla 54

Modelo inicial con bootstrap para adolescentes con moderado o alto nivel de resiliencia para el cuidado de su embarazo

Variables	<i>B</i>	<i>p</i>	Intervalo de confianza 95%	
			<i>LI</i>	<i>LS</i>
Incertidumbre del embarazo	-.141	.810	-1.284	.988
Incertidumbre del bienestar propio...	-.021	.886	-.321	.268
Estrés de los síntomas	-.085	.005*	-.150	-.026
Afrontamiento defensivo...	.449	.007*	.167	.744
Relación con la madre	.228	.085	-.029	.492
Apoyo familiar	.067	.651	-.225	.361
Apoyo social	5.280	.001*	2.659	8.364
Apoyo de la pareja	-.045	.520	-.189	.097
Preparación en el embarazo	2.823	.053	-.062	5.737
Orar durante el embarazo	-1.030	.365	-3.259	1.113
Interpretación del embarazo	3.103	.014*	.615	5.554
Aceptación del embarazo	.634	.007*	.190	1.055
Autoestima	.207	.134	-.066	.496

Nota: * $p < .05$. Variable resultado: resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes



Nota: $*p < .05$

Figura 35. Representación del modelo inicial para adolescentes con moderado o alto nivel de resiliencia para el cuidado de su embarazo

Se utilizó la técnica de backward para llegar al modelo final, generándose cinco modelos significativos. Durante el proceso de exclusión de variables, se eliminaron las siguientes: incertidumbre del embarazo, incertidumbre del bienestar propio y del bebé, apoyo familiar y apoyo de la pareja (ver tabla 55).

Tabla 55

Variación de modelos para adolescentes con moderado o alto nivel de resiliencia para el cuidado de su embarazo

Modelo	Variable excluida	Varianza explicada	gl/gl	F	p
1	No aplica	36.80%	13/419	20.316	.001
2	Incertidumbre del bienestar propio y del bebé	36.90%	12/420	22.059	.001
3	Incertidumbre del embarazo	37.00%	11/421	24.113	.001
4	Apoyo familiar	37.20%	10/422	26.560	.001
5	Apoyo de la pareja	37.30%	9/423	29.506	.001

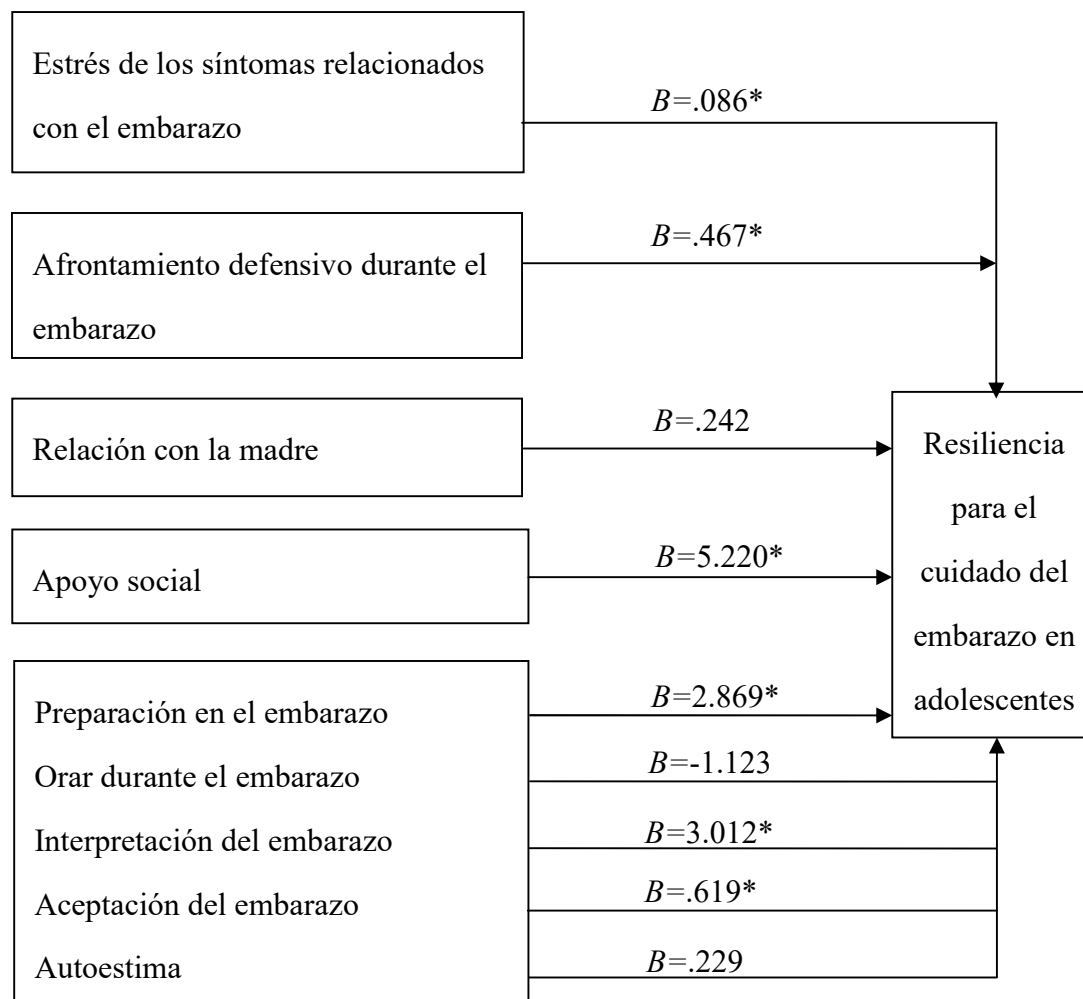
A continuación, se presenta el modelo final de resiliencia para adolescentes con moderado o alto nivel de resiliencia para el cuidado de su embarazo, integrado por las siguientes nueve variables independientes: estrés de los síntomas relacionados con el embarazo, afrontamiento defensivo durante el embarazo, apoyo social, relación con la madre, preparación en el embarazo, orar durante el embarazo, interpretación del embarazo, aceptación del embarazo y autoestima. La variable dependiente fue la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes. El modelo fue significativo ($F_{[9,423]}=29.50, p<.001$) y tiene una capacidad explicativa del 37.30% (ver tabla 56 y figura 36).

Tabla 56

Modelo final con bootstrap para adolescentes con moderado o alto nivel de resiliencia para el cuidado de su embarazo

	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>B</i>	Error	Beta		
Variables independientes		típ.			
Estrés de los síntomas relacionados con el embarazo	-.086	.028	-.125	-3.099	.002
Afrontamiento defensivo durante el embarazo	.467	-.146	.144	3.187	.002
Apoyo social	5.220	1.083	.206	4.818	.001
Relación con la madre	.242	.128	.081	1.886	.060
Preparación en el embarazo	2.869	1.334	.124	2.150	.032
Orar durante el embarazo	-1.123	.615	-.074	-1.825	.069
Interpretación del embarazo	3.012	1.162	.153	2.591	.010
Aceptación del embarazo	.619	.216	.127	2.865	.004
Autoestima	.229	.123	.080	1.857	.064

Nota: La variable dependiente fue la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes



Nota: $*p < .05$

Figura 36. Representación del modelo final para adolescentes con moderado o alto nivel de resiliencia para el cuidado de su embarazo

Finalmente, se presenta el modelo de resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes que fue probado en el presente estudio. En donde se puede observar que a menor estrés de los síntomas relacionados con el embarazo mayor afrontamiento defensivo durante el embarazo, el cuál actúa como mediador ante la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes. A mayor afrontamiento defensivo durante el embarazo mayor resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes. A mayor

apoyo social mayor resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes, actuando como mediador en dicha relación la preparación en el embarazo, la interpretación y aceptación del embarazo (ver figura 37).

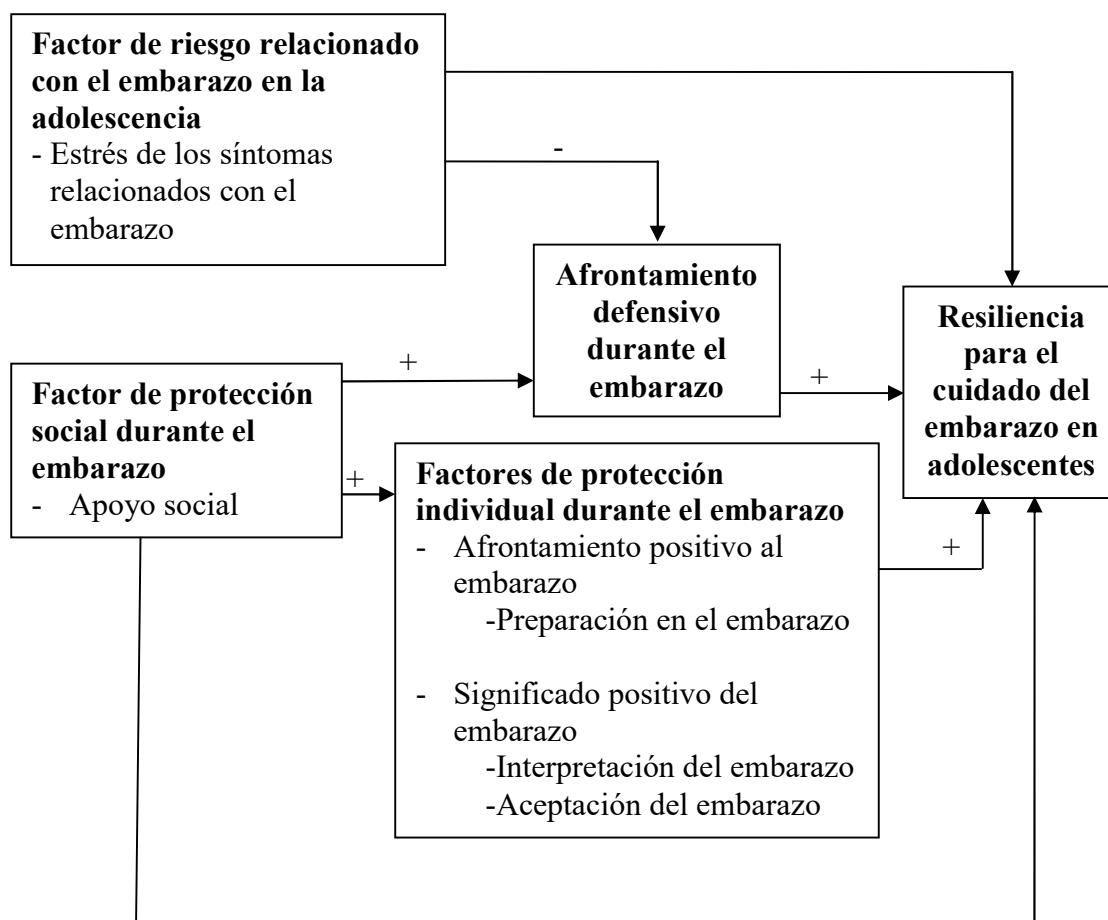


Figura 37. Modelo de resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes (MORCEA)

Capítulo IV

Discusión

El objetivo general del presente estudio fue determinar la capacidad explicativa del modelo de resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes. El estudio está fundamentado por la teoría de resiliencia de adolescentes (Haase, 2004), adaptándola al cuidado del embarazo en adolescentes. A continuación, se discuten los resultados obtenidos en el presente estudio en el orden de los objetivos planteados, además de la teoría, metodología e instrumentos utilizados, posteriormente se presentan las limitaciones, conclusiones y recomendaciones sugeridas.

Las adolescentes que participaron en el estudio se embarazaron en promedio a los 16 años de edad. Esta edad de embarazo concuerda con la literatura relacionada (Lavielle-Sotomayor, Jimenez-Valdez, Vázquez-Rodríguez, Aguirre-García, Castillo-Trejo & Vega-Mendoza, 2014; Muñoz & Oliva, 2009; Della, 2006; Gutiérrez, Pascacio, De la Cruz & Carrasco, 2002); por lo tanto, se corrobora que actualmente las adolescentes son madres por primera vez a una edad temprana ya sea en población abierta o dentro de una población de riesgo, tal como fue desarrollado el presente estudio. La edad de embarazo está fuertemente ligada a otras variables sociales e incluso culturales, ya que es común ver la repetición de patrones, es decir, cuando una mujer se embaraza a temprana edad, su hija podría tener una mayor probabilidad de embarazarse aproximadamente a la misma edad. Esta situación podría estar influenciada por los mismos patrones a los que estuvo expuesta la madre de la adolescente embarazada, por ejemplo, la ausencia de límites familiares, escolaridad baja, nivel socioeconómico medio o bajo, entre muchos otros, o simplemente la adolescente podría buscar embarazarse porque lo considera como parte de su proyecto de vida o la realización como mujer.

La mayoría de las adolescentes embarazadas es ama de casa y casi una cuarta parte de la población no trabaja ni estudia. Esta información es apoyada con los

resultados de investigaciones realizadas por otros autores, quienes reportan cifras similares (Ramírez-Aranda, et al., 2013; Panduro, Jiménez, Pérez, Panduro, Peraza & Quezada, 2012; Gutiérrez, Pascacio, De la Cruz & Carrasco, 2002). Es esperado que una adolescente estudie durante ésta etapa de desarrollo, por lo tanto, se puede deducir que existen muchos casos en los cuales la adolescente se ve obligada a abandonar sus estudios y realizar funciones de ama de casa; en estos casos se puede ver cómo el embarazo altera o destruye su proyecto de vida. Por otra parte, existen casos en que la adolescente abandona sus estudios por diversas causas y posteriormente se embaraza como parte de su proyecto de vida o como una forma de salir de su casa en casos de violencia o desintegración familiar.

Menos de la quinta parte de las adolescentes embarazadas se encontraba estudiando, por lo que la mayoría no contaba con escolaridad básica; además de referir que sus estudios eran incompletos. Esta situación es relevante, considerando que el embarazo podría haber truncado su proyecto de vida y su escolaridad, lo cual, podría asociarse con la aceptación de su embarazo y posteriormente con el cuidado brindado a su hijo. El nivel de escolaridad reportado en el presente estudio, es similar a lo señalado en estudios relacionados, en donde la mayoría indica que las adolescentes embarazadas tienen su escolaridad básica incompleta (Sandoval, Mondragón & Ortiz, 2007; Rangel, Valerio, Patiño & García, 2004). Se ha establecido que los adolescentes que tienen una escolaridad baja tienen mayor probabilidad de embarazo (Acosta-Varela, 2012) e incluso se ha establecido que la escolaridad superior a la primaria es un factor protector ante el embarazo (Córdoba, Escobar & Guzmán, 2012).

El inicio de una vida sexual activa se reporta en el presente estudio durante la pre-adolescencia. Se debe reconocer que el inicio de una vida sexual activa, en muchas ocasiones es influenciada por la mercadotecnia, en donde se manejan las relaciones sexuales como algo obligatorio dentro de la relación de noviazgo e incluso entre amigos. También la adolescente podría dejarse influenciar por el grupo de amigos y tener

relaciones sexuales para lograr pertenecer al mismo círculo social. Sin embargo, los padres de los adolescentes tienen la gran responsabilidad de proporcionarle educación sexual a sus hijos respecto y hacerles conciencia de la responsabilidad de tener conductas sexuales de riesgo; en este mismo sentido, la comunicación, tipo de familia y satisfacción familiar podría influir en la edad en que el adolescente decide iniciar su vida sexual, por ejemplo, se ha asociado el inicio de vida sexual activa con el grado de satisfacción familiar y expresión de afecto (Lavielle-Sotomayor, Jimenez-Valdez, Vázquez-Rodríguez, Aguirre-García, Castillo-Trejo y Vega-Mendoza, 2014), en donde se establece que las adolescentes quienes perciben poca satisfacción familiar, inician su vida sexual activa como una forma de búsqueda del afecto no percibido por parte de los miembros de su familia y el número de parejas sexuales aumenta cuando existe una expresión disfuncional de afecto.

Se encontró que casi una tercera parte de las adolescentes embarazadas han tenido más de dos parejas sexuales. Lo reportado en el presente estudio apoya lo referido en la literatura, en donde se ha establecido que mientras a más temprana edad ocurra el inicio de vida sexual, mayor será el número de parejas sexuales (Cutié, Laffita & Toledo, 2005; Oman, Vesely, Aspy, McLeroy & Luby, 2004; Rostosky, Korfhage, Duhigg, Stern, Bennett & Riggle, 2004). Aunado a lo anterior, se debe considerar que en el transcurso del tiempo, la edad de inicio de vida sexual activa es cada vez a más temprana edad, por lo tanto, existe mayor probabilidad de promiscuidad y consecuentemente mayor probabilidad de embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual (Cutié, Laffita & Toledo, 2005).

La mayoría de las adolescentes se encontraba en su tercer trimestre de embarazo y acudía a sus primeras consultas prenatales. Este resultado es contrario a lo reportado en otros estudios, en donde se establece que poco más de la mitad de la población estudiada inició el control prenatal desde el primer trimestre de gestación (Córdoba, Escobar & Guzmán, 2012; Arispe, Salgado, Tang, González & Rojas, 2011;

Moya-Plata, Guiza-Salazar & Mora-Merchán, 2010). Cuando la adolescente se entera de su embarazo, es frecuente que se enfrente a situaciones desfavorecedoras e incluso dude en continuar con su embarazo, sin embargo, el apoyo que pueda percibir por parte de su pareja, sociedad y especialmente de su familia, podría ayudarle en gran medida para que realice los cuidados y atención que requiere su embarazo. Es frecuente que las adolescentes se enteren de su embarazo a finales de su primer trimestre de gestación y notifiquen a su pareja y familiares de su estado durante su segundo trimestre, y después de que perciben el apoyo, inician su control prenatal, lo cual ocurre hacia finales de su segundo o tercer trimestre de gestación. Existen muchos factores importantes que influyen en la tardanza de atención prenatal, sin embargo, se debe reconocer que existen cuestiones personales, como la falta de motivación y significancia del embarazo; y también ajenos a la adolescente que influyen en la atención de su embarazo, por ejemplo, la falta de seguridad social o lugar y recursos para atender su embarazo, falta de apoyo emocional y económico, aunado al difícil acceso a los servicios de salud (Cáceres-Manrique, 2009).

Más de la mitad de las adolescentes refirió no haber planeado su embarazo, similar a lo establecido en estudios relacionados (Lavielle-Sotomayor, Jimenez-Valdez, Vázquez-Rodríguez, Aguirre-García, Castillo-Trejo & Vega-Mendoza, 2014; Munares-García, 2013; Panduro, Jiménez, Pérez, Panduro, Peraza & Quezada, 2012; Alarcon, Coello, Cabrera & Monier, 2009). La falta de planeación del embarazo se puede asociar a diversas causas, por ejemplo, al hecho de que los adolescentes frecuentemente no planean tener relaciones sexuales y por consecuencia no utiliza ningún método de planificación familiar. Sin embargo, también existe una parte importante de adolescentes que sí planean su embarazo, considerando ser madres como una realización de su vida o como parte de un proyecto de vida, al respecto, Oviedo y García (2011) refieren que una adolescente no se embaraza accidentalmente, sino que tiene el deseo de tener un hijo para construir su propia familia y llenar el vacío de soledad percibido.

Las complicaciones son frecuentes en las adolescentes embarazadas y esto se confirma al presentarse en más de la mitad de la población estudiada, siendo las más frecuentes las infecciones de orina, depresión y ansiedad. Estas complicaciones difieren a lo referido por otros autores, al mencionarse que son frecuentes la rotura prematura de membranas, amenaza de parto pretérmino (Panduro, Jiménez, Pérez, Panduro, Peraza & Quezada, 2012), el síndrome hipertensivo del embarazo o síntomas de parto prematuro (Muñoz & Oliva, 2009) y la preeclampsia (Fenucci et al., 2008). La mayoría de las complicaciones son prevenibles o tratables, por lo cual se debe hacer mayor hincapié en la importancia del control prenatal, principalmente durante la adolescencia, en donde existen mayores factores que aumentan la probabilidad de enfermedades en el embarazo.

En función de los hallazgos realizados en el presente estudio, para dar respuesta al objetivo uno plantado, el cual consiste en determinar la relación entre los factores de riesgo relacionados con el embarazo en la adolescencia (incertidumbre el embarazo, incertidumbre del bienestar propio y del bebé y estrés de los síntomas relacionados con el embarazo) y la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes. Se encontró que las adolescentes que tienen resiliencia para el cuidado de su embarazo, tienen menos incertidumbre el embarazo y del bienestar propio y del bebé, además de que presentan menos estrés de los síntomas relacionados con el embarazo; éste resultado concuerda con lo establecido por Haase (2004) quien refiere que los factores de riesgo tienen una relación inversa con la resiliencia.

Al analizar la frecuencia con la que se presenta la incertidumbre, se encontró que algunas veces las adolescentes tienen incertidumbre en su embarazo e incertidumbre por el bienestar propio y del bebé, siendo éste resultado contrario a lo establecido por Handley (2012), quien refiere que la incertidumbre se presenta de manera frecuente durante el embarazo adolescente. Los resultados encontrados en el presente estudio indican que las principales causas de incertidumbre en el embarazo son la posibilidad de algún problema con su bebé, el nacimiento y la posibilidad de perder el bebé, lo cual

concuerta con Peñacoba-Puente, Carmona y Marín (2011); Petersen, Paulitsch, Guethlin, Genischen y Jahn (2009). A su vez, Peñacoba-Puente, Carmona y Marín (2011) especifican que la posibilidad de perder al bebé se presenta con mayor frecuencia durante el primer trimestre, en comparación con el tercer trimestre, en donde los principales motivos de preocupación reportados por Petersen, Paulitsch, Guethlin, Genischen y Jahn (2009) son el enfrentarse con un nuevo bebé e ir al hospital. En el presente estudio no es posible realizar diferencia de medias para hacer comparaciones entre los tres trimestres de gestación, debió a que la muestra no fue representativa por trimestre, dado que la gran mayoría de las adolescentes que acudieron a control prenatal se encontraban en el tercer trimestre de embarazo.

En el objetivo dos, se estableció determinar la asociación entre los factores de riesgo relacionados con el embarazo en la adolescencia (incertidumbre el embarazo, incertidumbre del bienestar propio y del bebé y estrés de los síntomas relacionados con el embarazo) y el afrontamiento defensivo durante el embarazo. Encontrándose que a medida que aumenta la incertidumbre del bienestar propio y del bebé, la adolescente aumenta su afrontamiento defensivo durante del embarazo. Este resultado es acorde a lo establecido por Petersen, Paulitsch, Guethlin, Genischen y Jahn (2009), quienes reportan una relación significativa entre la incertidumbre durante el embarazo y la ansiedad; la cual puede ser considerada como una forma de afrontamiento defensivo.

El objetivo tres, consistió en determinar la relación entre el afrontamiento defensivo durante el embarazo y la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes. Al respecto, se encontró que a mayor afrontamiento defensivo, mayor resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes, éste resultado es contradictorio a lo esperado y a lo establecido por Molina, Luengo, Sandoval, González y Molina (1998), quienes indican que una actitud indiferente de la adolescente al inicio y al final de su embarazo, se relaciona con la morbilidad en el embarazo; siendo ésta una probable consecuencia de la falta de resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes.

El objetivo cuatro fue establecer el efecto mediador del afrontamiento defensivo durante el embarazo, en la relación entre los factores de riesgo relacionados con el embarazo en la adolescencia y la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes; encontrando que el afrontamiento defensivo durante el embarazo actúa como mediador en dicha relación. Esto se confirma al comprobar que los factores de riesgo relacionados con el embarazo (la incertidumbre el embarazo, la incertidumbre el bienestar propio y del bebé y el estrés de los síntomas relacionados con el embarazo) disminuyen al presentarse la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes, disminuyendo aún más, cuando existe afrontamiento defensivo durante el embarazo. Al respecto, Dalton (2014) quien indica que las adolescentes presentan incertidumbre en un intento de evitar, manejar o aceptar su embarazo. Considerando que la evitación es una forma frecuente de afrontamiento defensivo del embarazo, es un proceso que finalmente permite a la adolescente aceptar y cuidar de su embarazo. Sin embargo, también se debe tomar en cuenta que existen adolescentes que no logran finalizar el proceso de la evitación de su embarazo y no aceptan ni realizan los cuidados necesarios de su embarazo, deduciendo que éstas son las adolescentes que no tienen resiliencia para el cuidado de su embarazo.

En un análisis adicional de los resultados del presente estudio, se identificó que el tipo de afrontamiento defensivo es la evitación en la mayoría de las adolescentes embarazadas, de igual forma con lo establecido por Guarino (2013) quien reportó una asociación entre el uso de la evitación y un mayor reporte de síntomas físicos y psicológicos; y un menor reporte de síntomas físicos se asocia con el uso de la interpretación positiva. Por otra parte, Della (2006) menciona que frecuentemente las adolescentes no afrontan el embarazo de manera adecuada porque se autoinculpan y se hacen ilusiones. Se deduce que la evitación del embarazo se puede asociar con la falta de planeación el embarazo por parte de las adolescentes y es una forma de afrontar su situación actual.

En el objetivo cinco se planteó determinar la relación entre los factores de protección familiar durante el embarazo (relación con la madre y el apoyo familiar) y la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes. Encontrándose que a mayor relación con la madre y apoyo familiar, mayor es la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes. También se encontró que las adolescentes frecuentemente tienen una buena relación con su madre. Éstos resultados apoyan lo establecido en otros estudios, en donde se establece que entre las adolescentes embarazadas y su padre es buena y es mucho mejor con su madre, pero las decisiones son tomadas por la propia adolescente sin tomar la opinión de sus padres (Nieves, Hernández, Chávez, Díaz, Guevara & Lucas, 2014; Martínez & Romano, 2009). Debido a la relación estrecha esperada entre la adolescente y su madre, se considera importante valorar el apoyo que le brinda la madre durante el embarazo, ya que puede influir en gran medida para el cuidado del embarazo y de su hijo.

Para dar respuesta al objetivo seis, el cual consiste en medir la asociación entre los factores de protección familiar durante el embarazo (relación con la madre y el apoyo familiar) y el afrontamiento defensivo durante el embarazo, se encontró un hallazgo no esperado en el estudio, al comprobar que a mayor relación con la madre y apoyo familiar, existe mayor afrontamiento defensivo durante el embarazo. Se deduce que cuando la adolescente percibe apoyo de su madre y de su familia para afrontar su embarazo, en primera instancia tiene un afrontamiento defensivo para aceptarlo, pero finalmente y gracias al apoyo recibido acepta su embarazo y realiza las actividades necesarias para cuidar de sí misma y de su hijo. En el mismo sentido, Estupiñán-Aponte y Rodríguez-Barreto (2009) indican que en muchas ocasiones, la adolescente se identifica en su propia madre cuando ella se embarazó aproximadamente a la misma edad, por tanto, percibe comprensión, apoyo e incluso le ayuda en el cuidado de su embarazo y posteriormente le ayuda en el cuidado de su hijo.

El objetivo siete, consistió en establecer el efecto mediador del afrontamiento defensivo durante el embarazo, entre los factores de protección familiar durante el embarazo (relación con la madre y apoyo familiar) y la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes. En relación a ello, se encontró que el afrontamiento defensivo durante el embarazo actúa como mediador en la relación entre los factores de protección familiar durante el embarazo y la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes. Éste resultado se confirma al encontrar que la relación entre la resiliencia para el cuidado del embarazo aumenta, en relación al apoyo de la madre y el apoyo familiar percibido por la adolescente durante su embarazo; aumentado la resiliencia aún más cuando existe afrontamiento defensivo durante el embarazo. No se encontró literatura suficiente para apoyar el resultado encontrado, sin embargo, se puede concluir que las adolescentes tienden a tener un afrontamiento defensivo durante su embarazo (frecuentemente es la evitación), pero gracias al apoyo recibido por parte de su madre y su familia en general, logran tener resiliencia para el cuidado de su embarazo.

En un análisis adicional respecto al tipo de familia a la que pertenecen las adolescentes que participaron en el estudio, se encontró que la mayoría de los adolescentes pertenecen a una familia con funcionalidad familiar leve, concordando con diversos autores quienes enfatizan que la mayoría de las adolescentes embarazadas pertenecen a una familia no nuclear con relaciones más conflictivas, con reglas familiares no establecidas o no bien definidas; consecuentemente las adolescentes perciben poco apoyo familiar (Munares-García, 2013; Ramírez-Aranda et al., 2013; Climent, 2009). Por lo contrario, en otros estudios relacionados se menciona que la mayoría de las adolescentes pertenecen a una familia funcional y de tipo nuclear, en donde la adolescente se siente satisfecha, mantienen buena comunicación y expresión de afecto entre los integrantes de su familia (Lavielle-Sotomayor, 2014; Nieves et al., 2014; Martínez & Romano, 2009; Rangel, Valerio, Patiño & García, 2004; Gutiérrez, Pascacio, De la Cruz & Carrasco, 2002).

El objetivo ocho fue observar la asociación entre los factores de protección social durante embarazo (apoyo social y apoyo de la pareja) y la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes. En respuesta a éste objetivo, se encontró que el apoyo social es importante para que exista resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes; sin embargo, la población en estudio refirió sentir insatisfacción por el apoyo social recibido durante el embarazo.

En relación a la apoyo de la pareja, se encontró que no es significativa para que las adolescentes realicen los cuidados necesarios de su embarazo. Esto podría explicarse por el cambio de paradigma de mayor independencia de la mujer en la actualidad o por el apoyo recibido por parte de la familia. Aunado a ello, se encontró que una proporción considerable de la población estudiada, no tiene pareja sentimental durante su embarazo, sin embargo indica que frecuentemente mantiene una relación con su pareja; estos resultados pueden mostrarse un poco contradictorios, no obstante, se debe aclarar que la mayoría tiene relación con el padre de su bebé, pero no necesariamente es su pareja sentimental. Dicha situación se confirma cuando se establece que la relación con la pareja no es significativa en el modelo planteado en el estudio. Del mismo modo, Munares-García (2013) indica que la mayoría de las adolescentes embarazadas son solteras sin pareja estable y tiene poco apoyo de la pareja. Contrario a lo establecido por otros autores (Moya-Plata, Guiza-Salazar & Mora-Merchán, 2010; Martínez & Romano, 2009; Gutiérrez, Pascacio, De la Cruz & Carrasco, 2002) quienes indican que más de la mitad tiene apoyo de su pareja e incluso la acompaña al control prenatal, favoreciendo así su seguimiento.

El noveno objetivo fue determinar la relación entre los factores de protección social durante el embarazo (apoyo social y apoyo de la pareja) y el afrontamiento defensivo durante el embarazo. En respuesta a ello, se encontró que el apoyo social se relaciona de manera significativa con el afrontamiento, sin embargo, el apoyo de la pareja no influye en éste aspecto. El presente resultado concuerda con lo establecido por

Munares-García (2013) quien indica que un factor favorecedor para el control prenatal del embarazo, es el acompañamiento de la pareja, sin embargo, también reporta que la mayoría de las adolescentes no tienen apoyo de su pareja. Se concluye que el apoyo de la pareja favorece el control prenatal, pero no es decisivo para que se lleve a cabo.

El décimo objetivo consistió en establecer el efecto mediador del afrontamiento defensivo durante el embarazo, entre los factores de protección social durante el embarazo (apoyo social y apoyo de la pareja) y la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes. Se reportó que el afrontamiento defensivo durante el embarazo actúa como mediador en la relación de la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes y el apoyo social y apoyo de la pareja. Este resultado es confirmado al comprobar que la resiliencia para el cuidado del embarazo está relacionada con el apoyo social percibido por la adolescente, aumentando aún más cuando existe afrontamiento defensivo durante el embarazo; cabe señalar que el apoyo de la pareja no es significativo. Lo anterior concuerda con Jiménez, Peralta, Hinojosa, García, Castillo y Miranda (2012), quienes reportaron que a mayores actitudes negativas, mayor apoyo social percibido. Lo cual indica que a mayor afrontamiento defensivo durante el embarazo, mayor apoyo social para el cuidado del embarazo, no figurando el apoyo de la pareja como un factor relevante.

El objetivo once fue planteado para determinar la relación de los factores de protección individual durante el embarazo (preparación en el embarazo, orar durante el embarazo, interpretación del embarazo, aceptación del embarazo y autoestima) y la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes. Se encontró que a mayor resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes existe mayor preparación en el embarazo, interpretación del embarazo, aceptación del embarazo y mayor autoestima; destacando que las adolescentes que tienen mayores niveles de resiliencia para el cuidado de su embarazo, realizan menor oración durante ésta etapa de su vida. Se deduce que ésta situación es originada debido a que la adolescente que tiene mayor

autoestima , acepta y cuida de su embarazo, percibe menor necesidad de ayuda de un ser superior para salir adelante en el cuidado de su embarazo, por lo tanto, realiza menor oración durante la etapa de gestación. Los resultados encontrados, discrepan con lo señalado por Faúndez (2004), quien refiere que las adolescentes actualmente tienen una crisis de valores, afectando especialmente el aspecto espiritual.

En relación a éste objetivo, se determinó la frecuencia con la que se presenta cada uno de los factores de protección individual. Reportando que frecuentemente las adolescentes embarazadas tienen una preparación durante su embarazo y rezan por su bebé, concordando con Guarino (2013) quienes reportaron que las formas más de frecuentes de afrontamiento son rezar e interpretación positiva.

Frecuentemente las adolescentes aceptan su embarazo, siendo contradictorio a lo reportado por Prías-Venegas y Miranda-Mellado (2009), quienes establecen que la mayoría de las adolescentes reconocen que el embarazo es una realidad difícil de aceptar y no saben cómo darla a conocer a sus padres y demás personas importantes para ella. En el presente estudio se encontró que las adolescentes aceptan su embarazo, sin embargo, no se les cuestionó si es difícil hacerlo, ni cuánto tiempo se tardó en aceptarlo.

Las adolescentes tienen una autoestima elevada durante su embarazo, este resultado refleja que el embarazo brinda empoderamiento a las adolescentes y les gusta ser el centro de atención durante su embarazo. En estudios relacionados existe información contradictoria, ya que algunos estudios reportan que la adolescente tiene una autoestima en rango normal (Ceballos, Camargo, Jiménez & Requena, 2011; Fuentes, Medina & Borja, 2008; Gutiérrez, Pascacio, De la Cruz, & Carrasco, 2002). Por otro lado, se menciona que la mayoría de las adolescentes embarazadas tienen baja autoestima, miedo o decepción (Prías-Venegas & Miranda-Mellado, 2009; Baeza, et al., 2007). Se considera que la discrepancia entre los resultados, podría deberse a la diferencia de metodología realizada para la obtención de información, dado que el nivel de autoestima podría ser diferente antes y después de conocer su estado de embarazo.

En el objetivo doce, se estableció observar la relación entre los factores de protección familiar durante el embarazo (relación con la madre y apoyo familiar) y los factores de protección individual durante el embarazo (preparación en el embarazo, orar durante el embarazo, interpretación del embarazo, aceptación del embarazo y autoestima). En éste sentido, se estableció que todos los factores de protección individual se relacionan con los factores de protección familiar durante el embarazo, a excepción de orar durante el embarazo. No se encontró literatura científica que apoye este hallazgo, sin embargo se deduce que la adolescente generalmente realiza oración al sentirse sin apoyo para realizar los cuidados de su embarazo.

Los hallazgos reportados dan respuesta al objetivo trece, en donde se planteó establecer el efecto mediador de los factores de protección individual durante el embarazo (preparación en el embarazo, orar durante el embarazo, interpretación del embarazo, aceptación del embarazo y autoestima), en la relación de los factores de protección familiar durante el embarazo (relación con la madre y apoyo familiar) y la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes. En respuesta a éste objetivo, se encontró que los factores de protección individual actúan como efecto modelador, en la relación entre los factores de protección familiar y la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes. Esta situación se comprueba al establecer que los factores de protección familiar se relacionan con la resiliencia; y ésta relación aumenta cuando existen los factores de protección individual. Esto concuerda con Prías-Venegas y Miranda-Mellado (2009) quienes refieren que las adolescentes quienes tienen apoyo y estabilidad de la relación con su compañero, además del respaldo de su familia; experimentaron sentimientos de felicidad, alegría, deseos y expectativas de tener a su hijo, con ilusiones y sueños relacionados con el bebé.

En respuesta al objetivo catorce, el cual consistió en determinar la asociación entre los factores de protección social durante el embarazo (apoyo social y apoyo de la pareja) y los factores de protección individual durante el embarazo (preparación en el

embarazo, orar durante el embarazo, interpretación del embarazo, aceptación del embarazo y autoestima). Se encontró una relación entre todos los factores de protección individual y los factores de protección individual, a excepción, de orar durante el embarazo, que no fue significativa en el apoyo social ni tampoco en el apoyo de la pareja. Especificando que la preparación en el embarazo y el autoestima son los únicos factores que se relacionan con el apoyo de la pareja. Por otro lado, la interpretación y aceptación del embarazo son los únicos factores influyentes en el apoyo de la pareja. Se reporta que las adolescentes embarazadas tienen personas en quienes confían, les dan apoyo y enseñan a desenvolverse solas y tienen alta autoestima (Fuentes, Medina & Borja, 2008).

Para responder al objetivo quince en donde se estableció el efecto mediador de los factores de protección individual durante el embarazo (preparación en el embarazo, orar durante el embarazo, interpretación del embarazo, aceptación del embarazo y autoestima), en la relación entre los factores de protección social durante el embarazo (apoyo social y apoyo de la pareja) y la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes. Se encontró que los factores de protección individual actúan como mediador en la relación entre los factores de protección social y la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes. En éste sentido Alarcon, Coello, Cabrera y Monier (2009) refieren que las adolescentes que no reciben apoyo espiritual y económico de la pareja tienen 18 veces mayor probabilidad de concebir un hijo; deduciendo que tengan resiliencia para el cuidado de su embarazo. Cabe señalar que el apoyo social, preparación en el embarazo, orar durante el embarazo y la interpretación del embarazo, son los principales factores que son significativos ante la presencia de resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes.

El objetivo dieciséis, consistió en determinar la influencia entre los factores de protección familiar, factores de protección social, factores de protección individual durante el embarazo y la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes. En

éste sentido, se estableció que los factores significativos para la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes son el apoyo social, preparación en el embarazo, orar durante el embarazo y la interpretación del embarazo. Los resultados encontrados se contradicen con lo establecido por Rendon (2012) quien señala que las prácticas de cuidado de las gestantes dependen de los conocimientos transmitidos por su madre y otros familiares, además de los cuidados enseñados por los profesionales de salud encaminados a fortalecer los factores de protección en la gestación. Sin embargo, es necesario considerar que en el presente estudio se agregaron los factores de protección individual que sin lugar a dudas, influyen en la resiliencia para el cuidado del embarazo en las adolescentes.

Se realizó una análisis para determinar el nivel de resiliencia de la adolescente, en donde se demostró que existe un alto nivel de resiliencia durante el embarazo de adolescentes, independientemente de su edad, siendo el grupo de 16 a 17 años de edad, las adolescentes que presentaron mayor porcentaje de alto nivel de resiliencia. Probablemente éste resultado se deba, a que la mayoría de las adolescentes que participaron en el estudio pertenecían a éste grupo de edad.

Los hallazgos encontrados en el presente estudio permiten dar respuesta al objetivo general planteado, determinar la capacidad explicativa del modelo de resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes. Se encontró que el estrés de los síntomas relacionados con el embarazo, apoyo familiar, apoyo social, preparación en el embarazo, orar durante el embarazo y la interpretación del embarazo, influyen en la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes. Este modelo es sugerido para población en donde se desconoce el nivel de resiliencia que poseen las adolescentes. Adicionalmente se presentó otro modelo, considerándolo adecuado para la adolescentes que tienen un nivel moderado o alto de resiliencia. En éste nuevo modelo, se establece que los factores influyentes en la resiliencia para el cuidado de su embarazo son los siguientes: estrés de los síntomas relacionados con el embarazo, afrontamiento

defensivo durante el embarazo, apoyo social, relación con la madre, preparación en el embarazo, orar durante el embarazo, interpretación del embarazo, aceptación del embarazo y la autoestima. No se localizó literatura que marque antecedentes a los resultados finales encontrados en el presente estudio, sin embargo, los resultados concuerdan con algunos estudios en donde se mencionan los factores protectores para el embarazo, tales como, pertenecer a familias nucleares con reglas familiares establecidas (Ramírez-Aranda et al., 2013) y la existencia de redes familiares y sociales de apoyo de los adolescentes (Stern, 2004). Por lo tanto, se debe destacar a la familia como principal factor influyente tanto en la prevención del embarazo como en el cuidado del embarazo en la adolescencia.

Los instrumentos utilizados muestran confiabilidad y validez aceptables, de forma semejante con los autores de los instrumentos, por lo tanto, se confirma que son adecuados para la medición de las variables del estudio. La metodología utilizada en el estudio se considera la más adecuada para abordar éste tipo de población, ya que permite que la muestra sea representativa y brinda la oportunidad de conocer la opinión de las adolescentes en un lapso de tiempo más prolongado. Al abordar a la adolescente en el momento en que llega a consulta prenatal, se considera el momento más apropiado para no influir en su llamado a consulta y tiene más tiempo para responder los instrumentos proporcionados. Es de gran importancia separar a la adolescente de su madre, para evitar que ésta influya en las respuestas de su hija y al proporcionarle un lugar especial para que la adolescente conteste los instrumentos, se le brindó mayor privacidad y comodidad, aunado a ello, las participantes se sentían con mayor libertad para contestar los instrumentos y expresar sus dudas a los encuestadores.

Limitaciones

La información se recolectó en una población del área urbana, por lo tanto, los resultados presentados no se pueden generalizar al resto de la población. Se incluyeron en el estudio la población que acudió a control prenatal y que fuera menor de 18 años,

pero no se estratificó la muestra para que fuera representativa según la edad de la adolescente, ésta situación permitiría realizar mayores comparaciones.

Debido a que la mayoría de las adolescentes que acudió a consulta prenatal en el tercer nivel de atención en donde se recolectó la información, se encontraban durante el tercer trimestre; no fue posible considerar una muestra representativa de cada uno de los trimestres de gestación, lo cual limita las comparaciones entre los trimestres de embarazo con los resultados obtenidos.

El estudio se realizó de manera transversal, considerándose adecuado para lograr los objetivos planteados; sin embargo, indudablemente un estudio longitudinal proporcionaría información relevante para la práctica de Enfermería.

Conclusiones

La edad de en la que se embarazaron la mayoría de las participantes fue entre los 16 y 17 años. Casi el total de las participantes se encontraban solteras y solamente la mitad de ellas se encontraba viviendo con su pareja. Menos de la quinta parte de ellas se encontraba estudiando por lo que la mayoría no contaba con escolaridad básica.

El inicio de vida sexual activa se reporta la pre-adolescencia y casi una tercera parte de ellas han tenido más de dos parejas sexuales. La mayoría de las adolescentes inician el control prenatal hasta el tercer trimestre de gestación. El embarazo en más de la mitad de los casos, no fue planeado. Poco más de la mitad de la población estudiada presentó alguna complicación durante su embarazo, siendo las más frecuentes las infecciones de orina, depresión y ansiedad.

Respecto a los factores de riesgo, algunas veces las adolescentes tienen incertidumbre en su embarazo e incertidumbre por el bienestar propio y del bebé; siendo las principales causas, la posibilidad de algún problema con su bebé, el nacimiento y la posibilidad de perder el bebé. A la mayoría de las adolescentes no les estresa tener los síntomas relacionados con su embarazo. La evitación, es el tipo de afrontamiento defensivo que frecuentemente se presenta en las adolescentes embarazadas.

En relación a los factores de protección familiar y social durante el embarazo, se encontró que las adolescentes frecuentemente tienen una buena relación con su madre y perciben apoyo de su familia; sin embargo la población en estudio presenta disfuncionalidad familiar leve. Las adolescentes no se encuentran satisfechas por el apoyo social recibido durante el embarazo.

En cuanto a los factores de protección individual durante el embarazo, se encontró que con frecuencia las adolescentes oran, tienen una preparación durante su embarazo, interpretan de manera positiva y aceptan su embarazo y además tienen una autoestima elevada durante su embarazo.

Las adolescentes demostraron tener alto nivel de resiliencia para el cuidado de su embarazo, independientemente de su edad; sin embargo, es probable que debido a que la mayoría de la población estudiada perteneció al grupo de 16 a 17 años de edad no se puede ser concluyente sobre este aspecto.

Se encontró que a mayor incertidumbre del bienestar propio y del bebé, a mayor estrés percibido sobre los síntomas relacionados con el embarazo y mayor apoyo familiar; menor era el afrontamiento defensivo para el cuidado del embarazo.

Se demostró que a mayor incertidumbre del bienestar propio y del bebé, a mayor estrés percibido sobre los síntomas relacionados con el embarazo, a mayor relación con la madre, mayor apoyo familiar, mayor apoyo social y de la pareja; menor era la resiliencia para el cuidado del embarazo en la adolescencia.

Se encontró que el afrontamiento defensivo y el apoyo social tienen un efecto muy fuerte sobre la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes. El afrontamiento defensivo durante el embarazo es un potente mediador entre los factores de riesgo, factores de protección familiar y factores de protección social durante el embarazo y la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes.

Los factores de protección individual son un potente mediador entre el apoyo familiar y el apoyo social; y la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes.

A mayor apoyo familiar, mayor preparación en el embarazo, menor oración durante el embarazo y mayor interpretación positiva del embarazo; es mayor la resiliencia para el cuidado del embarazo en la adolescencia.

A menor estrés de los síntomas relacionados con el embarazo mayor afrontamiento defensivo durante el embarazo, el cuál actúa como mediador ante la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes. A mayor afrontamiento defensivo mayor resiliencia para el cuidado del embarazo. A mayor apoyo social mayor resiliencia para el cuidado del embarazo, actuando como mediador en dicha relación la preparación en el embarazo, la interpretación y aceptación del embarazo.

Se encontró que los factores que influyen significativamente en la resiliencia de la adolescente para el cuidado de su embarazo, son: estrés de los síntomas relacionados con el embarazo, apoyo familiar, apoyo social, preparación en el embarazo, orar durante el embarazo e interpretación del embarazo. Destacando que las adolescentes que tienen resiliencia para el cuidado de su embarazo, tienen menor estrés de los síntomas relacionados con el embarazo y oran con menor frecuencia durante su embarazo.

Adicionalmente, se probó otro modelo para las adolescentes que tienen moderado o alto nivel de resiliencia para el cuidado de su embarazo, en donde los factores que influyen para que esto suceda, son los siguientes: estrés de los síntomas relacionados con el embarazo, el afrontamiento defensivo durante el embarazo, apoyo social, preparación en con el embarazo, interpretación del embarazo y aceptación del embarazo.

La mayoría de los instrumentos utilizados presentaron características psicométricas adecuadas, a excepción del cuestionario de evaluación prenatal en que la subescala de aceptación del embarazo no se cargó en el análisis factorial de acuerdo a lo esperado y el Alpha de Cronbach fue bajo. La traducción y adaptación del instrumento de resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes presentó buenas características psicométricas. La teoría de Haase, metodología e instrumentos utilizada

en el estudio, se consideran adecuados para medir las variables propuestas y probar el modelo de resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes.

Recomendaciones

En base a los resultados obtenidos en el presente estudio, se recomienda realizar un estudio similar, incluyendo una muestra representativa del área rural y urbana, para determinar las diferencias; debido a que es probable que existan discrepancias entre el apoyo recibido por su pareja y social, aunado a otros factores, que influyan en la resiliencia para el cuidado de su embarazo.

Debido a que la mayoría de las participantes en el presente estudio se encontraban durante el tercer trimestre de gestación y ya acudían a control prenatal; se sugiere adecuado corroborar los resultados obtenidos en un estudio de tipo longitudinal. De tal manera que se pueda recolectar información al menos en dos trimestres diferentes de embarazo, para hacer comparación de las variables por trimestre, principalmente de la resiliencia. Ya que se deduce que podrían cambiar con el transcurso del tiempo.

Se recomienda cuestionar a las participantes como se encontraban antes y después de su embarazo, por ejemplo, su escolaridad y estado civil; debido a que es frecuente que éstos aspectos cambien al enterarse de su embarazo. De igual forma que la autoestima y el apoyo percibido por la familia, sociedad y pareja.

En la recolección de datos se observó que frecuentemente las adolescentes acudían a consulta prenatal acompañadas de su suegra o abuela; por lo tanto se considera necesario integrarlas en estudios posteriores, ya que su apoyo en el cuidado del embarazo es fundamental. Además se debe considerar que muchas adolescentes actualmente están al cuidado de sus abuelas y no de sus padres.

Se sugieren realizar estudios similares bajo la metodología cualitativa, dado que indudablemente proporcionará información relevante, por ejemplo, las experiencias vividas al tener un embarazo durante la adolescencia, además de las razones por las cuales algunas adolescentes planean su embarazo en ésta etapa de su vida.

Finalmente, se recomienda realizar estudios de tipo cualitativo, en donde se describan los aspectos sociales que influyen en la adolescente para que realice oración durante su embarazo, por el bienestar propio y el de su hijo, cuando tienen menor nivel de resiliencia.

Referencias

- Acosta-Varela, M. & Cárdenas-Ayala, V. M. (2012). El embarazo en adolescentes, factores socioculturales. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 50(4), 371-374.
- Alarcon, A. R., Coello, L. J., Cabrera, G. J. & Monier, D. G. (2009). Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia. *Revista Cubana de Enfermería*; 25(1). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol25_1-2_09/enf071_209.htm
- Arispe, C., Salgado, M., Tang, G., González, C. & Rojas, J. L. (2011). Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia. *Revista Medica Herediana*; 22(4), 159-160.
- Ariza, L. M. F., Durán, M. C. A., Cubillos, Z. J. D. & Cmpo-Arias, A. (2006). Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria. *Red Revista Colombiana de Psiquiatría*; 25(1), 23-29.
- Armengol, A. R., Chamarro, L. A. & García-Dié, M. M. T. (2007). Aspectos psicosociales en la gestación: el cuestionario de evaluación prenatal. *Anales de psicología*; 23(1), 25-32. Disponible en: <http://ddd.uab.cat/record/128925>
- Baeza, W. B., Poo, F. A. M., Vásquez, P. O., Muñoz, M. S. & Vallejos, V. C. (2007). Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la novena región. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*; 72(2), 76-81.
- Barbosa-Martínez, R. C., Benavides-Torres, R. A., Champion, J. D., Gallegos, G. J. & Onofre, R. D. J. (2015). Adaptación y validación de la escala de resiliencia de adolescentes en el cuidado de su embarazo. Nuevo León, México. Artículo no publicado.

- Baron, R. M. & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic and statistical considerations, *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182.
- Beltrán-Jiménez, B. E. & Ortiz-Acosta, R. (2011). Síntomas depresivos, inteligencia emocional percibida y formas de afrontamiento en mujeres embarazadas. *Ansiedad y estrés*, 17(2), 255-264.
- Bonilla-Sepúlveda, O. A. (2010). Depresión y factores asociados en mujeres adolescentes embarazadas y no embarazadas en Medellín Colombia 2009, estudio de corte transversal. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 61(3), 207-213.
- Burns, N. & Grove, S. (2009). The practice of nursing research. Appraisal, synthesis, and generation of evidence (6th ed.). St. Louis: Elsevier Saunders.
- Cáceres-Manrique, F. M. (2009). El control prenatal: una reflexión urgente. *Revista colombiana de obstetricia y ginecología*; 60(2), 165-170.
- Cámara, S. G., Sarriera, J. C. & Carlotto, M. S. (2007). Predictores de conductas sexuales de riesgo entre adolescentes. *Interamerican Journal of Psychology*; 41(2), 161-166.
- Carmona, M. F. J., Peñacoba-Puente, C., Marín, M. D. & Carretero, A. I. (2012). Factor structure, validity and reliability of the spanish versión of the Cambridge Worry Scale. *Midwifery*, 28(1), 112-119. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2010.11.006>
- Ceballos, O. G. A., Camargo, G. K., Jiménez, S. I. & Requena, M. K. (2011). Nivel de autoestima en adolescentes embarazadas en la comuna 5 de Santa Marta (Colombia). *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 3(1), 29-38.
- Climent, G. I. (2009). Voces, silencios y gritos: Los significados del embarazo en la adolescencia y los estilos parentales educativos. *Revista Argentina de Sociología*, 7(12), 186-213.

- Cohen, S. & Hoberman, H. M. (1983). Positive events and social supports as buffers of life change stress 1. *Journal of applied social psychology*, 13(2), 99-125.
- Córdoba, R., Escobar, L. P. & Guzmán, L. L. (2012). Factors associated with first trimester period absence from prenatal control in pregnant women from San Sebastian in La Plata, Huila, 2009. *Revista Facultad de Salud de la Universidad Sur Colombiana*, 4(1), 39-49.
- Cruz-López, M. V., Romero-Talavera, M. J. & Pastrana-Herrera, M. J. (2004). Conocimiento sobre los factores de riesgo de las embarazadas adolescentes. En Salazar, C. B., Álvarez, F. E., Maestre, S. L., León, D. D. & Pérez, G. O. (2006). Aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales del embarazo precoz y su influencia en la vida de la adolescente, *MEDISAN*, 10 (3).
- Cutié, J. R., Laffita, A & Toledo, M. (2005). Primera relación sexual en adolescentes cubanos. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 70(2), 83-86.
- Dalton, E. D. (2014). Communication, control, and time: the lived experience of uncertainty in adolescent pregnancy. Doctoral Dissertations. University of Tennessee, Knoxville.
- Della, M. M. (2006). Estrategias de afrontamiento (coping) en adolescentes embarazadas escolarizadas. *Revista Iberoamericana de Educación*; 38(3), 1-15.
- Estupiñán-Aponte, M. R. & Rodríguez-Barreto, L. (2009). Aspectos psicosociales en universitarias embarazadas. *Revista de salud pública*, 11(6), 988-998.
- Faúndez, J. M. (2004). Educación de la sexualidad y embarazo precoz en la adolescente. *Horizontes Educativos*, 9(1), 65-78.
- Fawcett, J. (2005). Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories. Segunda Edición. *Philadelphia*: FA Davis Company
- Fawcett, J. (1999). The relationship of theory and research. Tercera Edición. *Philadelphia*: FA Davis Company.

- Fenucci, M. C., Fernandez, S. C., González, M. A., Malisani, L. M., Pomata, J. B., Rey, P.L., et al. (2008). Hacia una estrategia para el abordaje de la salud integral de los adolescentes desde un hospital público. *Revista del Hospital Materno infantil Ramón Sardá*, 27(1), 18-30.
- Floréz, L. (2005). Elaboración e implementación de un programa de educación para la salud dirigido a la promoción y la prevención en adolescentes gestantes. *Revista de Psicología Científica*, 7(2). Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/adolescentes-gestantes-programa-de-educacion-para-la-salud>.
- Fuentes, N. I. G. A. L., Medina, J. L. V. & Borja, Y. C. Z. (2008). Resiliencia en adolescentes mexicanos. *Enseñanza e investigación en psicología*, 13(1), 41-52.
- Garcia-Dia, M. J., DiNapoli, J. M., Garcia-Ona, L., Jakubowski, R. & O'Flaherty, D. (2013). Concept Analysis: Resilience. *Archives of psychiatric nursing*, 27(6), 264-270.
- Gómez, G. M. T. (2013). Adolescencia y prevención: conducta de riesgo y resiliencia. *Psicología y Psicopedagogía*, 1(4).
- Green, J. M., Kafetsios, K., Statham, H. E. & Snowdon, C. M. (2003). Factor structure, validity and reliability of the Cambridge Worry Scale in a pregnant population. *Journal of health psychology*, 8(6), 753-764.
- Grotberg, H. E. (2006). La resiliencia en el mundo de hoy. Cómo superar la adversidad. Gedisa Editorial. Primera Edición. España.
- Guarino, L. (2013). Sensibilidad emocional, afrontamiento, salud y calidad de vida percibida durante el embarazo. *Psicología y Salud*, 20(2), 179-188. Disponible en: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/600/1040>
- Gutiérrez, G. T., Pascacio, B. E., De la Cruz, P. A. A. & Carrasco, M. E. V. (2002). Situación socio familiar y nivel de autoestima de la madre adolescente. *Revista de Enfermería IMSS*, 10(1), 21-25.

- Haase, J. E. (2004). The adolescent resilience model as a guide to interventions. *Journal of pediatric oncology nursing*, 21 (5), 289 -299.
- Haase, J. E., Heiney, S. P., Ruccione, K. S., & Stutzer, C. (1999). Research triangulation to derive meaning-based quality-of-life theory: Adolescent Resilience Model and instrument development. *International Journal of Cancer*, 83(12), 125-131.
- Handley, M. C. (2012). Emotional responses to pregnancy based on geographical classification of residence. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*, 6(2), 7-17.
- Im, E. O. & Meleis, A. I. (1999). Situation-specific theories: philosophical roots, properties, and approach. *Advances in Nursing Science*, 22(2), 11-24.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID). Tasa de fecundidad adolescente. México. Recopilado el 23 de Octubre de 2015. Disponible en http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Tasa_Global_de_Fecundidad_y_Tasa_de_Fecundidad_Adolescente_2009_y_2014.
- Jiménez, M. A. A., Peralta, C. E. G., Hinojosa, G. L., García, G. P., Castillo, M. Y. & Miranda, P. C. (2012). Beneficios y barreras percibidos por las adolescentes embarazadas en el control prenatal. *Ciencia UANL*, 15(57), 81-92.
- Kyngas, H. A. Kroll, T. & Duffy, M. E. (2001). Compliance in adolescents with chronic diseases. A review *Journal of adolescent Health*, 26 (6), 379-388.
- Lavielle-Sotomayor, P., Jimenez-Valdez, F., Vazquez-Rodríguez, A., Aguirre-García, M. C., Castillo-Trejo, M. & Vega-Mendoza, S. (2014). Impacto de la familia en las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 52(1), 38 - 43.
- Lazarus, R. & Folkman. (1986). *El concepto de afrontamiento en estrés y procesos cognitivos*. Ediciones Martínez Roca. Barcelona, España.

- Lederman, R. P. (1996). *Psychosocial adaptation in pregnancy: Assessment of sever dimensions of maternal development*. Second edition. New York: Springer Publishing Company.
- Luthar, S. S. & Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Development and psychopathology*, 12(4), 857-885.
- Lobel, M., Yali, A. M., Zhu, W., DeVincent, C. & Meyer, B. (2002). Beneficial associations between optimistic disposition and emotional distress in high-risk pregnancy. *Psychology and health*, 17(1), 77-95.
- Martínez, L. P. & Romano, W. K. (2009). Depresión en adolescentes embarazadas. *Enseñanza e investigación en psicología*, 14(2), 261-274.
- McCubbin, M., Balling, K., Possin, P., Frierdich, S. & Bryne, B. (2002). Family resiliency in childhood cancer. *Family Relations*, 51(2), 103-111.
- Mishel, M. H. (1997). Uncertainty in acute illness. *Annual review of nursing research*; 15(1), 57-80.
- Molina, R., Luengo, X., Sandoval, J., González, E., & Molina, T. (1998). Factores de riesgo del embarazo, parto y recién nacido en adolescentes embarazadas. *Revista de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología infantil y de la adolescencia*, 5(1), 17-28.
- Molina-Cartes, R. & González-Anaya, E. (2012). Teenage pregnancy. *Endocrine Development*, 22, 302-331. doi: 10.1159/000326706
- Moya-Plata, D., Guiza-Salazar, I. J. & Mora-Merchán, M. A. (2010). Ingreso temprano al control prenatal en una unidad materno infantil. *Revista CUIDARTE*, 1(1), 44-52.
- Munares-García, O. (2013). Factores asociados al abandono al control prenatal en un hospital del Ministerio de Salud Perú. *Revista Peruana de Epidemiología*, 17(2), 1-8.

- Muñoz, M. & Oliva, P. (2009). Los estresores psicosociales se asocian a síndrome hipertensivo del embarazo y/o síntomas de parto prematuro en el embarazo adolescente. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 74(5), 281-285.
- Muñoz, G. V. & De Pedro, S. F. (2005). Educar para la resiliencia. Un cambio de mirada en la prevención de situaciones de riesgo social. *Revista complutense de educación*, 16(1), 107-124.
- Nieves, R. E. R., Hernández, O. R., Chávez, R. S., Díaz, L. D., Guevara, B. M. R. & Lucas, M. M. L. (2014). Función familiar, comunicación y conflicto en adolescentes embarazadas. *Revista Nacional de Pediatría*; 4(4), 3 – 8.
- Olsson, C. A., Bond, L., Burns, J. M., Vella-Brodrick, D. A., & Sawyer, S. M. (2003). Adolescent resilience: A concept analysis. *Journal of adolescence*, 26(1), 1-11.
- Oman, R. F., Vesely, S. K., Aspy, C. B., McLeroy, K. R. & Luby, C. D. (2004). The association between multiple youth assets and sexual behavior. *Am J Health Promot*, 19(1), 12-18.
- Omar, A., Paris, L., Uribe, D. H., Ameida, S. & De Souza, M. A. (2011). Un modelo explicativo de resiliencia en jóvenes y adolescentes. *Psicología em Estudo*, 16(2), 269-277.
- Organización Mundial de la Salud (2014). El embarazo en la adolescencia. Nota descriptiva No. 364. Recuperado el día 23 de Octubre de 2015, de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2009). *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 87, 405-484.
- Organización Panamericana de la Salud (2010). Adolescent and youth regional strategy and plan of action 2010-2018. Washington, D.C.
- Osorio, I. & Hernández, M. (2011). Prevalencia de deserción escolar en embarazadas adolescentes de instituciones educativas oficiales del Valle del Cauca. *Colombia Médica*, 42(3). Colombia.

- Oviedo, M. & García, M. C. (2011). El embarazo en situación de adolescencia: una impostura en la subjetividad femenina. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 2(9), 929 – 943.
- Panduro, B. J. G., Jiménez, C. P. M., Pérez, M. J. J., Panduro, M. E. G., Peraza, M. D. & Quezada, F. N. A. (2012). Embarazo en adolescentes y sus repercusiones materno perinatales. *Ginecología y Obstetricia de México*, 80(11), 694-704.
- Páramo, M. D. L. A. (2011). Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. *Terapia psicológica*, 29(1), 85-95.
- Peñacoba-Puente, C. E. C. I. L. I. A., Monge, F. J. C., & Morales, D. (2011). Pregnancy worries: a longitudinal study of Spanish women. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 90(9), 1030-1035. doi: 10.1111/j.1600-0412.2011.01208.x.
- Petersen, J. J., Paulitsch, M. A., Guethlin, C., Gensichen, J. & Jahn, A. (2009). A survey on worries of pregnant women – testing the German version of the Cambridge Worry Scale. *BioMed Center Public Health*, 9(490).
- Piaggio, A. M. R. (2009). Resiliencia. *Revista Psicopedagogía*, 26(80), 291-302.
- Póo, A., Baeza, B., Capel, P., Llano, M., Tuma, D., & Zúñiga, D. (2005). Factores que favorecen la generación del embarazo en la adolescencia desde la perspectiva de adolescentes primigestas en control prenatal. *Revista de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología infantil y de la adolescencia*, 12(1), 17-24.
- Prías-Vanegas, H. E. & Miranda-Mellado, C. (2009). Experiencias de adolescentes embarazadas en control prenatal. *Aquichan*, 9(1).
- Quintana, A., Montgomery, W. & Malaver, C. (2009). Modos de afrontamiento y conducta resiliente en adolescentes espectadores de violencia entre pares. *Revista de investigación de psicología*, 12(1), 153-172.
- Rangel, J. L., Valerio, L., Patiño, J. & García. (2004). Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 47(1).

- Ramírez-Aranda, J. M., Gómez-Gómez, C., Villarreal-Pérez, J. Z., García-Elizondo, F., Rodríguez-Rodríguez, I., Rosas-Herrera, C., et al. (2013). Factores de protección y riesgo del embarazo en la adolescencia. *Medicina Universitaria*, 15(59).
- Rendón, B. J. (2012). Significado de las prácticas de cuidado cultural que realizan las gestantes consigo mismas y sus hijos por nacer en el control prenatal. Tesis de maestría, Universidad Nacional de Colombia.
- Rojas, J., Albano, C., Llanos, M., Decanio, M. & Trías, L. (2009). Inventario de apoyo social para embarazadas. Sociedad científica de estudiantes de medicina de la Universidad Central de Venezuela. *Acta Científica Estudiantil*, 7(3), 173-179. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/estudiantil/ace-2009/ace093i.pdf>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*, Princeton, N. J.: Princeton University Press.
- Rostosky, S. S., Korfhage, B. A., Duhigg, J. M., Stern, A. J., Bennett, L. & Riggle, E. D. (2004). Same-sex couple perceptions of family support: a consensual qualitative study. *Fam Process*, 43(1), 43-57.
- Salazar, C. B., Álvarez, F. E., Maestre, S. L., León, D. D. & Pérez, G. O. (2006). Aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales del embarazo precoz y su influencia en la vida de la adolescente. *MEDISAN*, 10(3).
- Sandoval, J., Mondragón, F. & Ortiz, M. (2007). Complicaciones materno perinatales del embarazo en primigestas adolescentes; estudio caso-control. *Revista peruana de ginecología y obstetricia*, 53(1), 28-34.
- Secretaría de Salud (1995). Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>

- Secretaría de Salud (1987). Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/comp/rlgsmis.htm>
- Smilkstein G. (1978). The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract*, 6, 1231-1239. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/660126>
- Snyde, C. R. (1995). Conceptualizing, Measuring, and Nurturing Hope. *Journal of counseling & Development*, 73(3), 355-360. Artículo publicado online (2011). doi: 10.1002/j.1556-6676.1995.tb01764.x
- Stern, C. (2004). Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México. Universidad Autónoma del Estado de México.
- Tercero, Q. G., Lavielle, S. M. P., Muñoz, H. O., Clark, P. P., Medeiros, D. M. & Luque, C. M. (2013). Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos (ESFA) en escolares y adolescentes mexicanos: datos normativos. *Salud mental*, 36(5), 381-386.
- Vanistendael, S. & Lecomte, J (2000). *Le bonheur est toujours possible*. Construire la résilience. Bayard: Paris.
- Vega, R. I., Barrón, A. & Acosta, L. P. (2013). Atención prenatal según la NOM-007 relacionada con morbilidad materna. *Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(3), 265-272.
- Villacis, V. C., Becerra C. D. & Negrete, K. L. (2012). Adherencia al control prenatal en la Clínica de Gestantes Adolescentes del Hospital de Engativá de Bogotá. Doctoral dissertation, Universidad Nacional de Colombia.
- Wagnild, G. M. & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1, 165-178.

Apéndices

Apéndice A

Verificación de criterios de inclusión

El encuestador verificó los criterios de inclusión de manera verbal a la adolescente embarazada, de acuerdo al siguiente guión:

“Buenos días, mi nombre es Rosalva del Carmen Barbosa Martínez y estoy realizando un estudio sobre la resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes, por favor me podría responder la siguiente pregunta: ¿Es éste su primer embarazo?”.

A las adolescentes que respondieron de manera afirmativa, se les realizaron las siguientes preguntas: “¿Viene a consulta acompañada por alguno de sus padres o tutores?” y “¿su madre vive?”.

En los casos en que la respuesta fue negativa en al menos una pregunta, se les agradeció su participación y se les invitó a que asistieran al curso para adolescentes embarazadas brindado en la institución. A las adolescentes que respondieron de manera afirmativa a las tres preguntas realizadas, se les proporcionó el consentimiento informado a su padre y el asentimiento informado a la adolescente.

Apéndice B

Preguntas filtro

Instrucciones: Favor de colocar una “X” en el cuadro correspondiente.

ID		Sí	No		Sí	No
	1.- ¿Es éste su primer embarazo?			La adolescente acepta participar		
	2.- ¿Viene a consulta acompañada por alguno de sus padres o tutores?			Los padres o tutores aceptan participar		
	3.- ¿Su madre vive?					

Apéndice C
Cédula de Datos

ID: _____

Instrucciones: Favor de contestar las preguntas y colocar una “X” en el cuadro correspondiente.

- 1.- Edad: _____
- 2.- Semanas de Embarazo: _____
- 3.- ¿Este embarazo fue planeado? _____
- 4.- ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?: _____
- 5.- Número de parejas con las que has tenido relaciones sexuales: _____
- 6.- Escolaridad:

<input type="checkbox"/> a) Primaria incompleta <input type="checkbox"/> b) Primaria terminada <input type="checkbox"/> c) Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> d) Secundaria terminada	<input type="checkbox"/> e) Carrera técnica incompleta <input type="checkbox"/> f) Carrera técnica terminada <input type="checkbox"/> g) Preparatoria incompleta <input type="checkbox"/> h) Preparatoria terminada <input type="checkbox"/> i) Ninguna
--	---
- 7.- Estado Civil:

<input type="checkbox"/> a) Soltera con pareja <input type="checkbox"/> b) Soltera sin pareja	<input type="checkbox"/> c) Unión libre <input type="checkbox"/> d) Casada
--	---
- 8.- Ocupación:

<input type="checkbox"/> a) Estudiante <input type="checkbox"/> b) Ama de casa <input type="checkbox"/> c) Trabaja y estudia	<input type="checkbox"/> d) Estudiante y ama de casa <input type="checkbox"/> e) Trabaja <input type="checkbox"/> f) No trabaja ni estudia <input type="checkbox"/> g) Otro: _____
--	---
- 9.- ¿Cuáles complicaciones has presentado en este embarazo? (se pueden marcar varias opciones)

<input type="checkbox"/> a) Ninguna <input type="checkbox"/> b) Diabetes <input type="checkbox"/> c) Ansiedad <input type="checkbox"/> d) Depresión	<input type="checkbox"/> e) Placenta previa <input type="checkbox"/> f) Amenaza de aborto <input type="checkbox"/> g) Infecciones de transmisión sexual: _____ <input type="checkbox"/> h) Otra: _____	<input type="checkbox"/> i) Presión Alta <input type="checkbox"/> j) Infección de orina
--	---	--

Apéndice D

ID: _____

Cambridge Worry Scale: Versión en Español

(Green, Kafetsios, Statham & Snowden, 2003)

Instrucciones: La mayoría de nosotros nos preocupamos por algo. Esta lista no sea la intención de darle más cosas para preocuparse, solo quiero saber si alguna de estas cosas le preocupan o no. Por favor marque con una “X” el número que muestre la cantidad de preocupación que es para usted en este momento cada pregunta.

	0	1	2	3	4	5
	No me preocupa	Me preocupa muy poco	Me preocupa poco	Me preocupa moderadamente	Me preocupa mucho	Me preocupa extremadamente demasiado
1. Vivienda						
2. Problemas económicos						
3. Problemas legales						
4. La relación con su esposo o pareja						
5. La relación con su familia y amigos						
6. Su salud						
7. La salud de alguien importante para usted						
8. Problemas de trabajo / escuela						
9. La posibilidad de algún problema con...						
10. Llegar al hospital						
11. Revisión de genitales						
12. Nacimiento						
13. Afrontarse con el nuevo bebé						
14. Dejar su trabajo / escuela						
15. Su pareja estará con usted en el nacimiento						
16. La posibilidad de perder el bebé						

Apéndice E
Cuestionario de Evaluación Prenatal
(Lederman, 1996)

Instrucciones: Las siguientes afirmaciones están hechas para mujeres embarazadas, con la intención de describirse a sí misma. Por favor escoja la respuesta que mejor describa sus sentimientos. En la columna de la derecha, señale con una “X” en la casilla correspondiente:

		1	2	3	4
		Nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
1	Creo que éste es un buen momento para quedarme embarazada				
2	Puedo tolerar las molestias del embarazo				
3	Mi pareja y yo hablamos del bebé que espero				
4	Mi pareja me tranquiliza cuando me ve preocupada				
5	Mi madre está ilusionada con el bebé que espero				
6	Me preocupa que el bebé pueda tener anomalías (malformaciones)				
7	Pienso en lo peor cuando me duele algo				
8	Mi madre está contenta con mi embarazo				
9	Mi madre me da buenos consejos				
10	A mi pareja le gusta hablar conmigo sobre el embarazo				
11	No me cuesta hablar con mi madre sobre mis problemas				
12	Como pareja tenemos un buen nivel de comunicación				
13	No dejo de pensar en los problemas que el bebé pueda tener				
14	Mi madre ya espera a su nieto				
15	Me preocupa que el parto se alargue más de lo normal y pueda perjudicar al bebé				
16	Mi pareja me ayuda en casa cuando lo necesito				
17	Puedo contar con el apoyo de mi pareja durante el parto				
18	Tengo miedo a que puedan hacerme daño en el parto				

		1	2	3	4
		Nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
19	Cuando mi madre y yo estamos juntas, peleamos frecuentemente				
20	Me preocupan las posibles complicaciones del parto				
21	En el momento de tomar decisiones, mi pareja y yo siempre nos ponemos de acuerdo				
22	Mi madre me da ánimos cuando dudo sobre mí misma				
23	Me preocupa que algo pueda ir mal en el parto				
24	Me cuesta aceptar este embarazo				
25	Mi madre me anima a que haga las cosas a mi manera				
26	Hasta el momento, éste ha sido un embarazo fácil				
27	Ojalá no estuviera embarazada				
28	Tengo miedo de perder el bebé durante el parto				
29	Mi madre critica mis decisiones				
30	No puedo dejar de pensar en los problemas que pueden pasar en el parto				
31	Puedo contar con mi pareja para compartir el cuidado del bebé hasta que haya nacido				

Apéndice F
Inventario de Síntomas Físicos

®Copyright
(Cohen-Hoberman, 1983)

Apéndice G
Inventario de Afrontamiento Prenatal

®Copyright
(Lobel, Yali, Zhu, DeVincent & Meyer, 2002)

Apéndice H
APGAR Familiar
 (Smilkstein, 1978)

Instrucciones: Por favor marque con una **X** la frecuencia en que se siente satisfecha con el apoyo de su familia según las siguientes afirmaciones.

	0	1	2	3	4
	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad					
2. Me satisface la forma como mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo					
3. Me satisface cómo mi familia acepta y apoyo mis deseos de emprender nuevas actividades					
4. Me satisface cómo mi familia expresa afecto y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor					
5. Me satisface cómo compartimos en familia: a) El tiempo de estar juntos b) Los espacios en la casa c) El dinero					

Apéndice I
Inventario de Apoyo Social para Embarazadas
(Rojas, Albano, Llanos, Decanio & Trías, 2009)

Instrucciones: Marcar con una X el grado de satisfacción experimentado con el apoyo recibido.

		4	3	2	1
		Muy Insatisfecha	Insatisfecha	Satisfecha	Muy Satisfecha
1	Ayuda económica por parte de algún familiar o amigo cercano				
2	Consejos sobre el embarazo y crianza del bebé por parte de algún familiar cercano, madre, tía, abuela...				
3	Apoyo espiritual o religioso				
4	Ayuda en los quehaceres domésticos por parte de otros familiares				
5	Apoyo afectivo o emocional de parte de mis amistades				
6	Atención o cuidado por parte de mi pareja o de algún familiar cuando me ha sentido quebrantada de salud				
7	Ayuda para realizar varias salidas en la calle				

Apéndice J
Escala de Autoestima de Rosenberg
(Rosenberg, 1965)

Instrucciones: Este test tiene por objetivo evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

	1	2	3	4
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás				
2. Estoy convencida de que tengo cualidades buenas				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mi misma				
5. En general estoy satisfecha de mi misma.				
6. Siento que no tengo mucho de qué estar orgullosa				
7. En general, me inclino a pensar que soy una fracasada				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí misma.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy una inútil				
10. A veces creo que no soy buena persona				

Apéndice K

Escala de Resiliencia de Adolescentes en el Cuidado de su Embarazo

®Copyright

(Barbosa-Martínez, Benavides-Torres, Champion, Gallegos & Onofre, 2015)

Apéndice L

Consentimiento informado del padre/tutor de la adolescente

Título del Estudio	Modelo de resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes
Nombre del Investigador Principal	MCE. Rosalva del Carmen Barbosa Martínez
Institución	Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León.
Teléfono de Contacto	83-48-10-10
Persona de Contacto	MCE. Rosalva del Carmen Barbosa Martínez

Esta forma de consentimiento informado puede contener palabras que usted no entienda. Por favor pídale al personal del estudio que le explique cualquier palabra o información que no le quede clara.

Su participación y la de su hija en este estudio son voluntarias. Es importante que lea y entienda la siguiente explicación del propósito, criterios de inclusión, procedimiento, riesgos, beneficios y naturaleza de su participación y la de su hija.

Usted y su hija tienen el derecho de negarse a participar o retirarse del estudio en cualquier momento que así lo deseen, sin que le afecte en alguna forma. Si usted acepta que su hija participe en el estudio deberá firmar éste documento en la presencia de dos testigos y finalmente recibirá una copia del mismo.

1.- Propósito del estudio

Conocer el nivel de resiliencia que tiene mi hija en relación a su embarazo. Incluyendo datos sobre el apoyo que le brinda su familia, amigos y pareja para realizar el cuidado de su embarazo; información relacionada con las preocupaciones que pudiera tener sobre el embarazo y su bebé; además del tipo de afrontamiento al embarazo.

2.- Criterios de inclusión

Las personas del equipo del estudio verificarán que su hija cumpla con los siguientes requisitos antes de contestar las encuestas:

Criterios de Inclusión: Estar embarazada por primera vez, ser menor de 18 años y que su madre se encuentre viva.

3.- Procedimientos

Mi hija deberá contestar unos cuestionarios sobre el apoyo que le brinda su familia, amigos y pareja para realizar el cuidado de su embarazo; información relacionada con las preocupaciones que pudiera tener sobre el embarazo y su bebé; así como también, el tipo de afrontamiento al embarazo.

Nadie conocerá la información que conteste mi hija en los cuestionarios, ya que solo serán manejados por la Lic. Barbosa y en lugar de su nombre sólo se utilizará un número para identificarla por lo que no se puede conocer la identidad de mi hija ni la mía.

Además yo no tendré acceso a la información que ella conteste, porque son preguntas personales y no podré influir en ellas. Los resultados de los cuestionarios serán publicados en una tesis o en un artículo científico pero únicamente de manera general, nunca se presentará información personalizada. Los datos serán guardados en una base de datos electrónica a la que solo el equipo de trabajo de este estudio tendrá acceso y se eliminarán un año después de que se concluya el estudio.

En caso de que mi hija no termine de contestar los cuestionarios, tendrá la opción de ponerse de acuerdo con el personal del estudio, en que se le visite en su casa en un horario en que ella tenga disponible.

4.- Riesgos y molestias

Aunque no existen riesgos serios relacionados con la participación de mi hija en el estudio, puede ser que mi hija o yo nos sintamos incómodas al tratar temas relacionadas con su embarazo. En caso de que esto suceda yo puedo decidir que mi hija ya no participe y deje de llenar los cuestionarios en cualquier momento.

5.- Beneficios esperados

No existe ningún beneficio personal sobre la participación de mi hija, sin embargo en un futuro con los resultados de este estudio se podrá ayudar a otras personas embarazadas para que tengan mayor apoyo de su familia, amigos y pareja durante su embarazo.

6.- Declaración

Reconozco que me han dado la oportunidad de hacer preguntas relacionadas al estudio y que todas estas se me han respondido de manera clara y precisa. Entiendo que si tengo dudas acerca de este estudio de investigación o siento que mis derechos individuales o los de mi hija, se están violando puedo llamar al investigador principal con la siguiente información de contacto:

Nombre del Investigador Principal	MCE. Rosalva del Carmen Barbosa Martínez
Teléfono de Contacto	83-48-10-10

Además entiendo que también podré contactar al Comité de Ética de la Facultad de Enfermería, de la Universidad Autónoma de Nuevo León, al teléfono 83-48-89-43 o al

Comité de Ética en Investigación del Hospital Materno Infantil al teléfono 81-31-32-32, para que se me oriente al respecto.

7.- Consentimiento

Yo voluntariamente acepto que mi hija participe en éste estudio. He leído la información en este formato y todas mis preguntas han sido contestadas. Aunque estoy aceptando que mi hija participe en este estudio, no estoy renunciando a ningún derecho y puedo cancelar la participación de mi hija en el momento en que ella o yo así lo decidamos.

Nombre de mi hija: _____

Nombre de quien firma este consentimiento: _____

Dirección: _____

Colonia: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Teléfono de Casa: _____ Celular: _____

Firma del padre/tutor

Nombre y firma del Investigador

Nombre y Firma
Testigo 1

Nombre y Firma
Testigo 2

Dirección

Dirección

Apéndice M

ID: _____

Asentimiento informado de la adolescente

Título del Estudio	Modelo de resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes
Nombre del Investigador Principal	MCE. Rosalva del Carmen Barbosa Martínez
Institución	Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León.
Teléfono de Contacto	83-48-10-10
Persona de Contacto	MCE. Rosalva del Carmen Barbosa Martínez

Esta forma de asentimiento informado puede contener palabras que usted no entienda. Por favor pídale al personal del estudio que le explique cualquier palabra o información que no le quede clara.

Su participación en este estudio es voluntaria. Es importante que lea y entienda la siguiente explicación del propósito, criterios de inclusión, procedimiento, riesgos, beneficios y naturaleza de su participación.

Usted tiene el derecho de negarse a participar o retirarse del estudio en cualquier momento que así lo desee, sin que le afecte en alguna forma. Si usted acepta participar en el estudio deberá firmar éste documento.

1.- Propósito del estudio

Conocer el nivel de resiliencia que tengo en relación a mi embarazo. Incluyendo datos sobre el apoyo que me brinda mi familia, amigos y pareja para realizar el cuidado de mi embarazo; información relacionada con las preocupaciones que pudiera tener sobre el embarazo y mi bebé; además del tipo de afrontamiento al embarazo.

2.- Criterios de inclusión

Las personas del equipo del estudio verificarán que cumpla con los siguientes requisitos antes de contestar las encuestas:

Criterios de Inclusión: Estar embarazada por primera vez, ser menor de 18 años y que su madre se encuentre viva.

3.- Procedimientos

Deberé contestar unos cuestionarios sobre el apoyo que me brinda mi familia, amigos y pareja para realizar el cuidado de mi embarazo; información relacionada con las preocupaciones que pudiera tener sobre el embarazo y mi bebé; así como también, el tipo de afrontamiento al embarazo.

Nadie conocerá la información que conteste en los cuestionarios, ya que solo serán manejados por la Lic. Barbosa y en lugar de mi nombre sólo se utilizará un número de identificación por lo que no se puede conocer mi identidad. Además nadie tendrá acceso a la información que conteste, porque son preguntas personales y nadie podrá influir en ellas. Los resultados de los cuestionarios serán publicados en una tesis o en un artículo científico pero únicamente de manera general, nunca se presentará información personalizada. Los datos serán guardados en una base de datos electrónica a la que solo el equipo de trabajo de este estudio tendrá acceso y se eliminarán un año después de que se concluya el estudio.

En caso de que no termine de contestar los cuestionarios, tendré la opción de ponerme de acuerdo con el personal del estudio, en que me visite en mi casa en un horario en que yo tenga disponible.

4.- Riesgos y molestias

Aunque no existen riesgos serios relacionados con mi participación en el estudio, puede ser que me sienta incómoda al tratar temas relacionadas con mi embarazo. En caso de que esto suceda yo puedo decidir dejar de participar y de llenar los cuestionarios en cualquier momento.

5.- Beneficios esperados

No existe ningún beneficio personal sobre mi participación en el estudio, sin embargo en un futuro con los resultados de este estudio se podrá ayudar a otras personas embarazadas para que tengan mayor apoyo de su familia, amigos y pareja durante su embarazo.

6.- Declaración

Reconozco que me han dado la oportunidad de hacer preguntas relacionadas al estudio y que todas estas se me han respondido de manera clara y precisa.

Entiendo que si tengo dudas acerca de este estudio de investigación o siento que mis derechos individuales se están violando puedo llamar al investigador principal con la siguiente información de contacto:

Nombre del Investigador Principal	MCE. Rosalva del Carmen Barbosa Martínez
Teléfono de Contacto	83-48-10-10

Además entiendo que también podré contactar al Comité de Ética de la Facultad de Enfermería, de la Universidad Autónoma de Nuevo León, al teléfono 83-48-89-43 o al Comité de Ética en Investigación del Hospital Materno Infantil al teléfono 81-31-32-32, para que se me oriente al respecto.

7.- Consentimiento

Yo voluntariamente acepto participar en este estudio. He leído la información en este formato y todas mis preguntas han sido contestadas. Aunque estoy aceptando participar en este estudio, no estoy renunciando a ningún derecho y puedo cancelar mi participación en el momento en que así lo decida.

En caso de no terminar de contestar los cuestionarios, se pueden comunicar conmigo en el teléfono: _____

Firma de la participante

Nombre y firma del Investigador

Resumen Autobiográfico

Rosalva del Carmen Barbosa Martínez

Candidato a Doctor en Ciencias de Enfermería

Tesis: MODELO DE RESILIENCIA PARA EL CUIDADO DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Biografía: Nacida en Monterrey, N.L., el 8 de Enero de 1981, hija del Sr. Apolonio Barbosa Salas y la Sra. María Carmen Martínez Duque.

Educación: Egresada de la carrera de Licenciatura en Enfermería en la generación 1997-2001 y Maestría en Ciencias de Enfermería, generación 2002-2004, en la Facultad de Enfermería, de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Experiencia Profesional: Enfermera general en el departamento de Medicina Interna del Hospital San José, Tec de Monterrey. Docente e instructora de práctica clínica en la Facultad de Enfermería, de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Participación como ponente en eventos nacionales e internacionales.

Asociaciones y membresías: Miembro activo del Capítulo Tau Alpha de la Sociedad de Honor Sigma Theta Tau International. Miembro de la Sociedad de Ex alumnos de la Facultad de Enfermería, de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Distinciones: Reconocimiento por haber obtenido el primer lugar de generación en el programa educativo de Doctorado en Ciencias de Enfermería y el tercer lugar de generación en la carrera de Licenciatura en Enfermería. Obtención de certificado de calidad como Enfermera Docente, con reconocimiento por haber obtenido calificación de excelencia por el Consejo Mexicano de Certificación de Enfermería. Certificación como facilitadora del programa Amistad para siempre, de Inteligencia Emocional y Social para niños y adultos.

Difusión: Coordinador de diversos seminarios de investigación en la Facultad de Enfermería y del curso-taller Revisión de literatura científica. Participación en entrevista

en el canal 53 de la UANL, respecto al control prenatal en adolescentes embarazadas.

Ponente en eventos de diversas instituciones como Vida y Familia Monterrey (VIFAC) y Teleperformance. Elaboración y difusión de video en redes sociales sobre la prevención del embarazo en adolescentes.

Publicaciones: Life Project for Adolescents: A Concept Analysis. International Journal of Social Science Studies. Mayo 2016. ISSN 2324-8033 E-ISSN 2324-8041.

Recomendaciones para la prevención del embarazo en la adolescencia. Revista Electrónica Anual Políticas Sociales Sectoriales. Agosto 2016. ISSN 2395-8456

email: rossy_barboza@yahoo.com.mx; rosalba.barbosamrt@uanl.edu.mx